



Posture infirmière dans la pratique de la promotion de la santé.

Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour garantir un rôle infirmier promoteur de santé dans tout contexte de soins confondu ?

Travail de Bachelor

Par

Adegas Liliana

Orakwe Cindy

Pelloni Valentina

Sous la direction de Marie-Noëlle Kerspern

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

5 octobre 2020

Résumé

Problématique: Dans la littérature, la promotion de la santé est un sujet vague, difficile à identifier et dont les termes sont confondus et très souvent mal identifiés, et ce, même par les professionnels de la santé. De ce fait, la pratique de ce rôle au quotidien est une difficulté que rencontrent notamment les infirmières, en santé primaire comme en milieu hospitalier.

But : Le but de cette recherche est d'identifier les stratégies proposées dans les différentes études que nous avons sélectionnées ainsi que d'identifier les stratégies les plus efficaces dans la pratique de la promotion de la santé.

Question de recherche: Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour garantir un rôle infirmier promoteur de santé dans tout contexte de soins confondu ?

Méthode: Le devis utilisé dans ce travail est une revue de littérature étoffée. Une sélection de 8 articles scientifiques qualitatifs et 1 article scientifique de devis mixte a été établie. Les articles ont été recherchés dans les banques de données PubMed, CINAHL et OVID et remplissent des critères d'inclusion et d'exclusion prédéterminés. Les études retenues ont été analysées selon les grilles d'analyse de Fortin et Gagnon (2016).

Résultats : Les interventions ressorties des 9 articles retenus et analysés ont été classées en 3 catégories: les stratégies d'ordre individuel, les stratégies d'ordre collectif et institutionnel. Pratiquer la promotion de la santé selon ces trois catégories garantit une posture promotrice de la santé dans les soins.

Conclusion: Plusieurs stratégies favorisant la pratique et le rôle promoteur de la santé ont été exposées. Celles-ci sont la formation des infirmières quant à la promotion de la santé, l'importance du développement de l'éducation au patient de

façon pédagogique dialogique, le développement d'un empowerment communautaire pour faciliter le plaidoyer infirmier, l'organisation des services de santé dans une optique de promotion de la santé et finalement la favorisation de la collaboration pluridisciplinaire et hiérarchique impliquant la participation et le soutien de tous.

Mots-clés : stratégies, promotion de la santé, rôle infirmier, charte d'Ottawa

Abstract

Problem : In the literature, health promotion is an unclear topic, difficult to identify and whose terms are confused and very often misidentified, even by health professionals. As a result, the practice of this role on a daily basis is a difficulty encountered especially by nurses, both in primary health care and in the hospital environment.

Aim : The aim of this research is to identify the strategies proposed in the different studies we have selected as well as to identify the most effective strategies in the practice of health promotion.

Objective : What are the most effective strategies for ensuring a health-promoting nursing role in any care setting?

Method: This work is an extensive literature review. A selection of 9 articles has been made, 8 are qualitative and 1 has a mixed quote. They were searched in the PubMed, CINAHL, and OVID databases, and meet predetermined inclusion and exclusion criteria. The selected studies were analyzed according to the Fortin and Gagnon (2016) analysis grids.

Results : The interventions obtained from the 9 articles selected and analyzed were classified into 3 categories: individual, collective and institutional strategies. Practicing health promotion according to these three categories guarantees a health-promoting role in care.

Conclusion: Several strategies to promote practice and the role of health promoters were presented such as the education of nurses in health promotion, the importance of developing patient education in a dialogical pedagogical way, develop community empowerment to facilitate nursing advocacy, organize health services

within a health promotion vision, and finally to encourage multidisciplinary and hierarchical collaboration involving the participation and support of all.

Key words: strategies, health promotion, nurses' role, Ottawa charter

Tables des matières

Résumé	ii
Liste des tableaux	ix
Remerciements	x
Introduction générale.....	1
1. Etat de la question	1
1.1. Promotion de la santé dans l'histoire	2
1.2 La charte d'Ottawa	3
1.3. Problématique	4
2. Axes de la promotion de la santé	5
2.1 L'Axe idéologique	5
2.1.1 Concepts liés à la promotion de la santé.	6
2.1.1.1 Orientation vers la santé et ses déterminants.	6
2.1.1.2 Empowerment.....	8
2.1.1.3 Participation.....	9
2.1.1.4. Posture/Attitude.	11
2.1.1.5. Modèle McGill.	12
2.2 Axe pragmatique	13
3. Question de recherche	14
4. Objectifs.....	14

Méthode	15
5.1 Type de devis	15
5.2 Critères d'éligibilité	15
5.2.1 Critères d'inclusion.	15
5.2.2 Critères d'exclusion.	16
5.3 Base de données consultées et mots-clés utilisés	16
5.4 Stratégies de recherche	18
5.4.2 Démarche d'extraction des données et d'analyse critique.	23
Résultats	25
6.2 Présentation des résultats	29
6.2.1. Stratégies d'ordre individuel.....	30
6.2.1.1. Vision et pratique de la promotion de la santé.....	30
6.2.1.2 Formation des professionnels de la santé	32
6.2.2 Stratégies d'ordre collectif.....	33
6.2.2.1 Education à la santé	33
6.2.2.3 Plaidoyer.....	34
6.2.3. Stratégies d'ordre institutionnel.....	36
6.2.3.1 Organisation dans les services de santé.....	36
6.2.3.2 Collaboration pluridisciplinaire et hiérarchique	37
Discussion.....	39

7.1 Analyses et mise en lien des résultats avec le cadre conceptuel ..	39
7.1.1. Analyse des stratégies d'ordre individuelle.	39
7.1.2. Analyse des stratégies d'ordre collective.	43
7.1.3 Analyse des stratégies d'ordre institutionnel	49
7.2 Réponse à la question de recherche	52
7.3 Forces et limites du travail et des études retenues	53
Conclusion	55
Références.....	56
APPENDICES	61
Appendices A.....	62
Appendice B.....	101
Appendice C	183
Appendice D	198
Appendice E.....	206

Liste des tableaux

Tableau 1: Mots-clés	17
Tableau 2: Stratégies de recherche.....	21
Tableau 3: FlowChart	22
Tableau 4: Catégorisation	30

Remerciements

Nous tenons à remercier notre directrice de travail de Bachelor, Mme Marie-Noëlle Kerspern pour son investissement, sa disponibilité et son soutien.

Nous remercions également Mme Nathalie Déchanez pour ses échanges, le partage de son CAS en pédagogie de l'enseignement supérieur et sa disponibilité.

Nous remercions M. Edward Monteiro pour le temps consacré à la relecture de cette revue.

Pour terminer, nous tenons à remercier nos proches pour leur soutien moral lors de la réalisation de ce travail, ainsi que tout au long de notre formation.

Introduction générale

1. Etat de la question

Le rôle promoteur de la santé est l'une des sept compétences du référentiel des compétences des soins infirmiers. Durant notre formation nous avons suivi des cours sur le concept de promotion de la santé, mais il reste difficile à pratiquer en formation pratique. Comme soutenu dans la littérature, il s'agit d'un sujet vague, difficile à identifier et les étudiants en soins infirmiers affirment que l'application de cette compétence peut être désavantageuse selon le lieu de formation pratique (Messner-Al Abed, 2011). Nous constatons aussi que dans la littérature et également dans la pratique que les termes promotion, prévention et protection sont mal identifiés/confondus (Whitehead et al., 2004). Comment avoir un rôle promoteur de la santé si la promotion de la santé n'est pas identifiée? Comment se définit une posture de promotion de la santé pour pratiquer un rôle promoteur de la santé?

Afin de répondre à notre question de départ et nos questionnements en lien avec le sujet, différents points seront apportés: Des notions de la promotion de la santé seront définies et les fondements historiques de la promotion de la santé avant et depuis la charte d'Ottawa, ses enjeux et buts, seront présentés. Deux axes, un idéologique et un pragmatique, permettant la pratique de la promotion de la santé, seront développés, ainsi que des concepts incontournables et une théorie de soins, guidant la pratique dans les soins. L'élaboration de l'état de la question ainsi que des éléments théoriques de la promotion de la santé, nous permettront d'atteindre une question de recherche spécifique. Pour répondre à celle-ci, nous analysons des articles scientifiques recherchés en suivant une méthodologie. Les principaux résultats de ces articles seront démontrés, catégorisés et discutés en faisant des liens avec nos concepts et théorie de soins. Nous répondrons à notre question de recherche et exposerons les limites de notre revue de littérature étoffé

1.1. Promotion de la santé dans l'histoire

La promotion de la santé a toujours existé, mais son paradigme a changé depuis la création de la charte d'Ottawa en 1986. Avant celle-ci, la promotion de la santé était pratiquée selon une approche biomédicale, c'est-à-dire que l'on s'intéressait surtout aux soins et à la maladie elle-même en termes de prévention et de promotion sans prendre en compte les caractéristiques de la population et son contexte (Regula, 2011). D'ailleurs, la définition de la prévention de l'OMS datant de 1984, tend à montrer qu'à cette époque la promotion est de la prévention (HAS, n.d.).

Au début du XXe siècle, on retrouvait des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène dans des campagnes sanitaires dans les journaux, dans les écoles et au sein des églises, qui cherchaient à favoriser la diffusion d'hygiène au sein de la population, dans le but de les persuader de ce qui était bon pour eux. Autrement dit il s'agissait de recommandations dites « top-down », on ne cherchait pas à connaître l'avis des individus concernant leur propre santé (Goulet, 2002). Ceux-ci se reposaient sur les fondements de la santé publique qui avait pour but d'éduquer les règles d'hygiène, lutter contre les maladies, protéger et améliorer le bien-être des personnes, organiser des services de prévention, de dépistage, de traitement et de réadaptation et la mise en œuvre des mesures pour atteindre un niveau de vie compatible avec la conservation et la promotion de la santé (INPES, 2004).

Aujourd'hui, la santé publique a toujours le même objectif, qui est d'améliorer l'état de santé de la population, mais avec la participation de ses populations. De ce fait, sous l'égide des déterminants de la santé, quatre champs prenant en compte la santé dans les soins apparaissent. Ces derniers sont la promotion de la santé, la gestion de la santé, l'épidémiologie et l'environnement (Kerspern, 2020).

Le concept de la promotion de la santé, définit au sens de la charte d'Ottawa de 1986 (OMS, n.d.), est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. La définition de l'OMS en 1946 concernant la santé va au-delà de l'absence de la maladie elle prend en compte le bien-être (HAS, n.d.). Depuis la création de la charte, le terme de promotion de la santé n'a pas changé, contrairement à son paradigme, ce qui implique une difficulté supplémentaire à sa pratique et à sa compréhension (Blais et al., 2006). Elle comprend désormais une approche biomédicale comme auparavant, mais également une approche axée sur les déterminants de la santé, et une participation accrue de la population et des communautés. L'application de la participation des individus démontre que les recommandations comprennent désormais des stratégies « bottom-up » et « top-down » (Longtin et al., 2006). Comment savoir quand les professionnels parlent de promotion de la santé s'ils sont dans l'ancien ou le nouveau paradigme (Kickbusch, 2007) ? En sont-ils conscients ?

1.2 La charte d'Ottawa

La charte d'Ottawa créée en 1986, s'appuie des principes et stratégies de la déclaration d'Alma-Ata de 1978 (OMS, 1978) structurant les activités qui permettent la pratique de la promotion de la santé. Contribuant ainsi à la réalisation de l'objectif de la "Santé pour tous" de l'OMS (Kerspern, 2011). La charte vise donc la santé et donne des stratégies pour y parvenir (OMS, n.d.).

L'OMS depuis 1946 définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité et dans le contexte de la promotion de la santé, la santé est considérée

comme une ressource qui permet de mener une vie productive sur les plans individuel, social et économique » (OMS, 1999).

Pour promouvoir la santé cinq stratégies sont recommandées dans la charte d'Ottawa : L'élaboration de politiques pour la santé, la création d'environnements favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientations des services de santé (OMS, n.d.).

Comme cité précédemment, la charte vise la santé, mais pas seulement puisque ses cinq stratégies aident à pratiquer adéquatement la promotion de la santé. C'est-à-dire, créer des conditions favorables à l'épanouissement de la santé, réduire les écarts dans l'état de santé en donnant des moyens et occasions de réaliser pleinement leur potentiel de santé et finalement de donner aux personnes davantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens de l'améliorer (OMS, n.d.). La charte d'Ottawa donne cinq stratégies pour pratiquer de la promotion de la santé, comment savoir si on l'exerce de manière adéquate? Comment ces cinq stratégies sont-elles prises en compte dans la pratique des soins infirmiers ?

O'Neill cité par Kerspern (2011) propose deux axes de promotion de santé: L'axe idéologique qui se réfère à la charte d'Ottawa et l'axe pragmatique qui pose la promotion de la santé comme *un ensemble de pratiques spécifiques visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions* (Kerspern, 2011).

1.3. Problématique

Malgré un changement de paradigme dans la promotion de la santé, la création de la charte d'Ottawa et la mise en place de stratégies pour sa pratique, ce sujet reste vague et difficile à identifier. Les termes de la promotion de la santé sont mal identifiés

et confondus, et ce, même par les professionnels de la santé. De ce fait, la difficulté de sa pratique est inévitable.

2. Axes de la promotion de la santé

Dans la littérature, 2 axes se profilent pour identifier une posture de la promotion de la santé. Un qui correspond à la pratique et un au principe qui la guide (Kerspern, 2020).

2.1 L'Axe idéologique

Rootman et al. (2001), experts et chercheurs du domaine mandatés par l'OMS recommandent un axe idéologique comprenant sept principes (empowerment, participation, vision globale de la santé avec une orientation salutogène, inter-scolarité, multi-stratégies, durabilité des changements et équitabilité) dont trois présents dans les soins selon la déclaration de Jakarta en 1997 (OMS, 1997): l'empowerment, la participation et l'orientation vers la santé et ses déterminants.

La 4^{ème} conférence mondiale de l'OMS a permis de faire le point sur les stratégies de promotion de la santé recommandées dans la charte d'Ottawa et les a confirmées. On y affirme d'ailleurs que la pratique simultanée des cinq stratégies est indispensable pour poursuivre les progrès effectués jusque-là. Ajoutant ainsi une difficulté supplémentaire à la pratique de la promotion de la santé dans les soins, car la charte présente cinq axes d'interventions distinctes au lieu de cinq axes synergiques (RÉFIPS, 2012). Pour les pays en voie de développement, il est difficile, économiquement parlant, de suivre ces stratégies. Utopiquement, il faudrait les réécrire en fonction des pays et leurs capacités (RÉFIPS, 2012).

Mentionné dans la déclaration de Jakarta en 1997, l'apprentissage favorise la participation des individus et que l'accès à l'éducation est nécessaire ainsi que celui

aux informations pour obtenir une véritable participation et ainsi responsabiliser les personnes et les communautés en leur donnant les moyens d'agir (OMS, 1997). Qu'en est-il de la posture de promotion de la santé en lien avec ces trois principes? Ont-ils un effet facilitant sur la mise en œuvre du rôle promoteur de la santé?

2.1.1 Concepts liés à la promotion de la santé.

Trois concepts centraux sont utilisés dans ce travail: les déterminants de la santé, l'empowerment et la participation. Le choix pour notre travail de Bachelor s'est porté sur ceux-ci, car ils se sont mis en évidence au fil de nos lectures et recherches, ce sont trois principes de l'axe idéologiques présents dans les soins (OMS, 1997) et essentiels pour exercer la promotion de la santé (Kerspern, 2011).

Dans un second temps, nous allons présenter le concept de posture ou d'attitude, issu de la psychologie sociale et comportementale, mis en lien avec notre question de recherche. Elle est définie par Lameul (2016) comme étant un état mental qui est façonné par des valeurs, des intentions et des croyances qui expliquent les actions d'un individu. Ce concept sera approfondi, car il est l'une des grandes composantes de notre question de recherche.

Afin que la pratique infirmière de promotion de la santé soit en adéquation avec une théorie de soins, le modèle de McGill sera développé. Les auteures ont choisi cette théorie infirmière, car comprenant les déterminants de la santé et impliquant la participation individuelle et/ou collective, elle favorise également l'Empowerment. Ce modèle théorique enseigné dès la première année de notre formation semblait comme une évidence pour notre thèse.

2.1.1.1 Orientation vers la santé et ses déterminants.

Selon N. Déchanez, plusieurs modèles d'analyse pouvant démontrer des stratégies de santé en lien avec les déterminants de la santé existent dans la pratique infirmière. Quatre d'entre elles ont été sélectionnées pour évaluer celle qui serait la plus pertinente pour ce travail : Le modèle de Lalond, le modèle Evans et Stoddart, le modèle Dahlgren et Whitehead et le modèle CDSS (SICS- Santé publique: Les déterminants de la santé [Présentation Powerpoint], 27 septembre 2017).

Celui de Dahlgren et Whitehead est intéressant, car c'est un modèle d'analyse qui permet un recueil de données permettant des stratégies individuelles et collectives. Ce modèle vise l'acquisition d'aptitudes individuelles et le renforcement de l'action communautaire, rappelant ce que préconise la charte d'Ottawa, démontrant la pertinence de ce modèle (Kerspern, 2011).

Les infirmiers-ères agissent sur les déterminants de la santé et sur les changements qui peuvent être mis en place pour améliorer l'état de santé des individus et des communautés, et ainsi la qualité de vie (Association des infirmiers et infirmières du Canada, 2010). Cela signifie privilégier une vision centrée sur la santé à une vision axée sur la maladie et les risques. Ce changement de paradigme centré sur la santé et ses déterminants va conduire à adopter une posture estimant que l'offre en soins est focalisée sur les capacités et les ressources du patient à défaut de ses lacunes et du manque de connaissances (Kerspern, 2011).

En considérant les déterminants de la santé, on permet un plus grand contrôle sur la santé individuelle et collective, et un plus grand pouvoir d'améliorer celle-ci (HAS, n.d.). Les déterminants nous aident donc à savoir où/sur quoi agir et à développer des actions d'éducation et de promotion de la santé en fonction des besoins personnels ou communautaires, autant en termes de facteurs protecteurs que de facteurs de risques (Lamoureux, 2008).

Une approche salutogénique est favorisée pour mettre en avant les ressources et pratiquer la promotion de la santé (Kerspern, 2018).

2.1.1.2 Empowerment.

L'empowerment est le 2^{ème} principe de la promotion de la santé qui aide les professionnels de santé à se positionner en tant que promoteur de santé dans la pratique des soins (Kerspern, 2011). L'empowerment est un terme anglais, intraduisible en français et dont la signification est difficile à définir, il comprend le pouvoir et le processus d'apprentissage pour y parvenir, mais en français aucun mot n'arrive à inclure ces deux aspects (Bacqué et al., 2013). Dans la littérature, l'empowerment peut être développé comme étant une théorie, un plan d'action, un but, une idéologie, un cadre de référence, un résultat voire un processus (Longpré et al., 1998). Les auteures ont choisi de le décrire comme étant un processus car il est pertinent pour avancer dans la compréhension de notre question de recherche, pour comprendre quelles sont les stratégies.

En termes de promotion de la santé, l'OMS en 1998, décrit l'empowerment comme étant un processus par lequel les individus atteignent un plus grand niveau de contrôle quant aux décisions et actions affectant leur propre santé (Benemar et al., 2009). Selon M.-N. Kerspern, l'empowerment permet également de percevoir l'individu comme étant autonome et capable de prendre ses décisions (SICS- Le paradigme de la promotion de la santé [Présentation Powerpoint], juin 2018).

L'empowerment est décrit par Ninacs cité par Cayouette (2009), comme un processus composé de trois dimensions étant individuel, communautaire et organisationnel dépendantes les unes des autres pour une démarche holistique de l'empowerment. Il est pertinent de s'appuyer sur l'empowerment selon Ninacs, car la promotion de la santé s'adresse autant à un individu qu'à des groupes de personnes

tout comme la charte d'Ottawa qui ne s'intéresse pas qu'à un individu, mais aussi à la communauté en général (OMS, n.d.).

Au niveau de l'empowerment individuel de Ninacs (Cayouette, 2009), la participation est nécessaire pour acquérir des compétences selon l'objectif désiré. Ce niveau développe aussi la conscience critique, l'estime de soi pour que l'individu puisse se percevoir compétent et développer un pouvoir d'agir sur une situation précise. L'empowerment communautaire nécessite, lui, différents points pour procéder au processus recherché et donner une structure à l'individuel. Ceux-ci sont: la présence d'une population dans un environnement favorisant la participation, l'optimisation des forces du milieu et des ressources pour développer et valoriser leurs compétences, l'établissement d'un climat de confiance pour favoriser la circulation des informations, un capital communautaire pour susciter l'entraide et la mobilisation sur les questions les concernant. De ce processus, on obtiendra une prise de conscience de la situation et des possibilités d'action avec d'autres (Kerspern, 2011).

La troisième dimension de l'empowerment, l'empowerment organisationnel, vient soutenir les deux autres niveaux par le biais de structures et de conditions à mettre en place pour privilégier la participation ou par des ressources pour valoriser les compétences de chacun (Kerspern, 2011).

2.1.1.3 Participation.

Ce principe, inspiré par Rifkin et cité ici par Eyre et al. (2003) est défini comme étant : «un processus social où un groupe d'individus va prendre part à l'identification de ses besoins, aux processus décisionnels et à l'établissement des mécanismes pour répondre à ses besoins.». Ce principe est inclus dans la communauté, dans la prise de décision et dans l'élaboration de stratégies de planification dans l'optique

d'une meilleure qualité de vie et de rendre les personnes plus autonomes et responsables quant à leur santé (Ischer et al., 2019).

Favoriser la participation des individus et de la communauté en général est une manière d'intégrer efficacement leurs inquiétudes et leurs préoccupations visant à un processus décisionnel de ce qui est bon pour eux. Grâce à leur participation, le rôle infirmier promoteur de la santé peut être pratiqué et être plus efficace, et les stratégies entamées peuvent initier un changement au niveau personnel mais aussi communautaire (Kerspern, 2011).

Pour mieux comprendre ce concept, la publication du Réseau Européen de lutte contre la pauvreté peut être énoncée. Elle voit la participation comme étant une stratégie nécessaire pour arriver à un changement, plus grand sera le changement et plus d'impact il aura. Il y est mentionné qu'une participation efficace est un signe de bonne démocratie participative. Les citoyens et les organisations de la société peuvent prendre part aux différents dialogues politiques ainsi que compléter le travail que les élus effectuent grâce au processus de la démocratie représentative (Benemar et al., 2008).

On comprend donc que la participation d'une communauté vient d'un environnement local qui porte sur les réalités locales. Elle permet l'implication des personnes leur laissant la possibilité de prendre des décisions et de participer aux discussions. Ainsi, ils se sentent plus responsables et autonomes Benemar et al., (2008).

Ce type de participation est celui auquel nous adhérons pour pratiquer la promotion de la santé. En favorisant ceci, nous allons vers le développement d'une posture promotrice de la santé (Kerspern, 2011).

2.1.1.4. Posture/Attitude.

Tout comme pour la promotion de la santé, de nombreuses définitions existent pour décrire le terme « posture ». Lorsqu'on recherche la posture dans le Larousse (n.d.) la première définition est « *position du corps ou d'une de ses parties dans l'espace* ». Le synonyme proposé est « attitude » qui est défini comme étant *une manière d'être qui manifeste certains sentiments; comportement* ». En psychologie sociale l'attitude est définie comme « une disposition profonde durable et d'intensité variable à produire un comportement donné » (Lameul, 2016). En cherchant d'autres définitions, les auteures ont pu constater une certaine concordance entre ces deux termes (Lameul, 2016). Est-ce que cela ne rendrait pas plus difficile la compréhension de ces deux mots? Et par conséquent leurs application dans la pratique?

La définition qui s'approche le plus à notre thèse est celle que propose Lameul (2016) « la manifestation d'un état mental, façonné par nos croyances et orienté par nos intentions qui exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification ». Notre posture est donc créée par notre histoire personnelle, nos habitudes, nos expériences antérieures ainsi que nos croyances et valeurs qui vont donner sens et justification à nos actions (Deschryver, 2020). La posture comprend donc un passage interne et intime de la personne pour donner une réponse externe qui sera exprimée par un geste professionnel par exemple (Lameul, 2016).

Dans un contexte de promotion de la santé, la posture et/ou l'attitude correspond à utiliser des stratégies de types du modèle de promotion de la santé de Tannahill (prévention, protection et éducation) et guidée par des principes d'empowerment, de salutogenèse, et de participation dans un axe pragmatique (Kerspern, 2020).

Concernant la posture professionnelle, Mulin la définit comme étant « la situation dans laquelle agit un professionnel, tout autant que le système d'attitudes qu'il adopte

dans cet exercice » (Lameul, 2016). Donc cette posture inciterait à faire un certain travail sur soi, en analysant régulièrement nos intentions et nos actes. Ceci permettrait de savoir comment se comporter avec autrui ainsi que les conséquences de ce comportement auprès d'autrui (Jorro, 2016). Lors de la formation des soins infirmiers, la posture professionnelle est présentée dans un module destiné à la promotion de la santé et l'objectif de ce module est de permettre aux étudiant d'obtenir cette posture professionnelle en travaillant avec la population concernée (Kerspern, 2011). Cette posture professionnelle est travaillée donc durant la formation, mais également lors des stages. Ce qui démontre qu'elle fait partie du référentiel de compétences des infirmières (Kerspern, 2011). Pour obtenir une posture professionnelle, il faut donc acquérir ces sept compétences infirmières. Etant donné que le rôle de promoteur de la santé est peu clair dans ce référentiel, est-ce une difficulté supplémentaire à sa pratique? Et est-ce qu'elle a une incidence sur notre posture, si elle n'est pas bien comprise?

2.1.1.5. Modèle McGill.

Le modèle théorique de McGill composé de 5 étapes est intéressant car il a une approche globale intégrant la santé et le traitement des patients et qui encourage la participation de l'individu et de sa famille tout en tenant compte de l'environnement et d'autres déterminants de la santé (Biro, 2005). La participation de l'individu et sa famille ou le partenariat, est essentiel pour la compréhension des besoins des individus, ils acquièrent ainsi une meilleure maîtrise de leur situation, ce qui favorise un sentiment d'empowerment (Biro, 2005). Suivre ce modèle théorique est pertinent dans notre travail car il intègre les concepts choisis.

Ce modèle destiné aux soins infirmiers est guidé vers la promotion de la santé, il est reconnu comme un modèle conceptuel ainsi qu'un modèle d'intervention, donc ce modèle s'avère être un cadre conceptuel dans la pratique infirmière (Biro, 2005).

Suivre une théorie de soin, c'est une manière d'approcher, de prendre en charge le patient dans sa globalité (Biro, 2005), mais suivre une démarche de soin, c'est aussi démontrer une posture professionnelle (Burckhardt et al., 2013). Elle est essentielle au rôle infirmier en s'appuyant sur des fondements scientifiques et humanistes, et encourage créativité et pensée critique pour pouvoir résoudre des problématiques rencontrées dans la pratique (Burckhardt et al., 2013).

2.2 Axe pragmatique

Développée précédemment, l'axe idéologique est guidé par la charte d'Ottawa dans un principe de salutogenèse et les principes de Rootman (Kerspern, 2020). Les cinq stratégies citées dans la charte d'Ottawa ont été créées pour guider efficacement la pratique de la promotion de la santé (OMS, 1997). L'axe pragmatique, lui, concrétisant l'axe idéologique est « un ensemble de pratiques particulières visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie et pouvant être appliquées à n'importe quel domaine d'intervention en santé dans tout milieu et toute population (protection/ prévention / éducation en santé) » (Haute école de Santé Fribourg, 2020).

La mise en pratique des cinq stratégies recommandées par la charte d'Ottawa (OMS, n.d.), représente l'éducation pour la santé, marketing social, communication publique, action politique, développement communautaire, développement organisationnel (RÉFIPS, 2020). Ce sont des interventions pragmatiques permettant aux professionnels la mise en pratique avec la population qui amènent à des changements comportementaux en lien avec la santé et en utilisant des approches globales, plus particulièrement celles qui associent toutes les stratégies de la charte (Kerspern, 2011).

Ce genre d'intervention est du ressort du rôle promoteur de la santé que l'infirmière pratique, à travers une posture distincte à la promotion de la santé qui comprend les pratiques visant un changement et les théories, les modèles, les concepts et les principes conduisant ces pratiques (Kerspern, 2011).

3. Question de recherche

En tenant compte des différents énoncés présentés dans la problématique, la question de recherche est la suivante:

Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour garantir un rôle infirmier promoteur de santé dans tout contexte de soins confondu ?

4. Objectifs

Les objectifs de notre travail de Bachelor sont d'identifier comment le personnel soignant comprend et discerne la promotion de la santé dans sa pratique et quelles sont les stratégies les plus efficaces permettant de la pratiquer, et ceci, dans n'importe quel contexte de soins. Nos recherches et cet écrit, nous permettront d'identifier les stratégies proposées dans les études sélectionnées.

Méthode

Dans ce chapitre nous décrivons la démarche méthodologique utilisée pour rechercher nos articles scientifiques et ainsi avoir des résultats permettant de répondre à notre question de recherche en utilisant des études antérieures.

5.1 Type de devis

La réalisation d'une revue de littérature étoffée permet d'avoir une vision globale de l'état actuel des connaissances scientifiques (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Le but d'un tel devis est d'apporter des stratégies et/ou des compléments d'informations pour la pratique infirmière. Nous avons identifié 9 articles permettant d'amener des esquisses/ébauche de stratégies. De par notre thème, le devis de nos articles est principalement de type qualitatif.

5.2 Critères d'éligibilité

Pour affiner nos recherches nous avons définis différents critères d'inclusion et d'exclusion.

5.2.1 Critères d'inclusion.

Concernant le sujet, nous avons cherché des articles en lien avec la promotion de la santé et le rôle infirmier du fait que notre question de recherche est d'identifier les stratégies, présente dans la charte d'Ottawa, mises en place pour la pratique de la promotion de la santé dans les soins.

En ce qui concerne la population nous prenons en compte les infirmières en générales donc y compris les infirmières cheffes ou les cliniciennes. D'autres professionnels de la santé ont été inclus dans le but d'avoir une vision globale sur la promotion de la santé dans les soins

La méthodologie de recherche devait correspondre aux critères scientifiques actuels (fiabilité et la transférabilité). De plus, les articles devaient être d'ordre qualitatif, quantitatif ou de devis mixtes.

Nous avons également choisi de prendre des articles datant de moins de 10 ans, donc publiés entre 2010 et 2020.

Et en ce qui concerne l'accessibilité, nous avons sélectionné des articles disponibles en *full text* et gratuit.

5.2.2 Critères d'exclusion.

Les articles traitant des pathologies, de problèmes de santé ainsi que de certains facteurs néfastes pour la santé, ne sont pas pris en considération, car nous ne cherchons des stratégies générales de la promotion de la santé.

Si la méthodologie de l'article est peu probante, il sera exclu. Les revues de littératures ont également été exclues.

Mis à part l'anglais et le portugais, nous avons décidé d'exclure les articles de langues étrangères, pour des raisons de compréhension linguistiques et pour garantir une meilleure traductions des données.

5.3 Base de données consultées et mots-clés utilisés

Les recherches sont effectuées entre février 2020 et juillet 2020. Nous avons utilisé différentes banques de données telles que PubMed, CINAHL et Medline/Ovid pour réaliser ce travail. Lors de nos recherches, nous nous sommes penchées sur les mots-clés que nous pouvions utiliser en lien avec notre question de recherche et ce, pour ressortir des articles pertinents en lien avec notre problématique. Nous avons

décidé de ne choisir aucun contexte de soins en particulier, car nous voulions avoir des résultats transférables dans n'importe quel contexte de soins.

Nous avons choisi les mots-clés suivants :

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais
Stratégies	Strategies
Promouvoir	Promoting
Promotion de la santé	Health promotion
Rôle	Role
Infirmière	Nursing
Soins	Care
Rôle infirmier	Nurses role
Participation	Participation
Attitude	Attitude
Éducation infirmière	Nurse education
Défense des droits des patients	Patient advocacy
Perception, attitudes, opinion ou expérience	Perceptions or attitudes or opinion or experience

Tableau 1: Mots-clés

D'autres termes tels que : posture, attitude of health personnel, nurse's practice patterns, practice guideline, health promotion practice, etc. (Appendice D) ont été pris en compte dans la recherche, ne donnant rien de concluant, surtout lors de la lecture des résumés.

5.4 Stratégies de recherche

En premier lieu, les mots-clés cités ci-dessus ont été choisis en lien avec la question de recherche. Ces mots ont ensuite été combinés dans les bases de données telles que CINAHL, PubMed et Ovid amenant à une première sélection d'articles. À plusieurs reprises, le nombre de résultats était conséquent alors les filtres tels que 10ans et les langues *anglais* et *français* ont été introduits à l'équation pour limiter l'abondance des résultats. Le choix des articles ressortant des résultats a été fait par élimination en lien avec des critères évoqués dans le chapitre « Critère d'éligibilité ». Pour terminer, 9 articles ont été sélectionnés et travaillés pour cette revue de la littérature.

Stratégie 1	
Base de données	PubMed
Mots-clés	Strategies AND Promoting AND Health promotion AND Role AND Nursing Filtre: 10ans
Résultats obtenus	131
Articles retenus	6
Articles sélectionnés	[1] Afshari, A., Ghahnaviyeh, L. A., & Khezeli, M. (2019). health promotion perception among health-care providers working in educational

	<p>hospitals of Isfahan , Iran : A qualitative study. 1–6. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp</p> <p>[2] Belletti Figueira, A., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Dalmolin, G. de L., Amarijo, C. L., & Ferreira, A. G. (2018). Actions for health advocacy and user empowerment by nurses of the Family Health Strategy. <i>Revista Da Escola de Enfermagem</i>, 52, 1–8. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021603337</p> <p>[3] Fereidouni, Z., Sarvestani, R. S., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M., & Kalyani, M. N. (2019). Moving Into Action : The Master Key to Patient Education. 27(1), 1–8.</p> <p>[4] Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L., & Weinehall, L. (2010). Reorientation to more health promotion in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. 213–224. https://doi.org/10.2147/JMDH.S14900</p> <p>[5] McLellan, J. M., O'Carroll, R. E., Cheyne, H., & Dombrowski, S. U. (2019). Investigating midwives ' barriers and facilitators to multiple</p>
--	--

	<p>health promotion practice behaviours : a qualitative study using the theoretical domains framework. 1–10.</p> <p>[6] Nilsen, E. R., Olafsen, A. H., Steinsvåg, A. G., Halvari, H., & Grov, E. K. (2016). Stuck between a rock and a hard place: The work situation for nurses as leaders in municipal health care. <i>Journal of Multidisciplinary Healthcare</i>, 9, 153–161. https://doi.org/10.2147/JMDH.S100640</p>
Stratégie 2	
Base de données	OVID
Mots-clés	<p>Strategies AND promoting AND health promotion AND Role AND Nursing</p> <p>Filtre: 10 ans</p>
Résultats obtenus	104
Articles retenus	1
Articles sélectionnés	<p>[7] Casey, D. (2007). Nurses perceptions, understanding and experiences of health promotion. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 1039–1049. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01640.x</p>
Stratégie 3	
Base de données	OVID

Mots-clés	Health promotion AND Nurse education AND Strategies Filtre: 10 ans
Résultats obtenus	20
Articles retenus	1
Articles sélectionnés	[8] Piper, S. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. <i>Nurse Education Today</i> , 28(2), 186–193. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.03.010
Stratégie 4	
Base de données	CINAHL
Mots-clés	Health promotion AND promoting AND Nurses AND Nursing AND Care AND Practice Filtre: 10 ans
Résultats obtenus	110
Articles retenus	1
Articles sélectionnés	[9] Heidemann, I. T. S. B., Alonso da Costa, M. F. B. N., Hermida, P. M. V., Marçal, C. C. B., Antonini, F. O., & Cypriano, C. C. (2019). Health promotion practices in primary care groups. <i>Global Health Promotion</i> , 26(1), 25–32. https://doi.org/10.1177/1757975918763142

Tableau 2: Stratégies de recherche

5.4.1 Processus d'exclusion des articles de recherche.

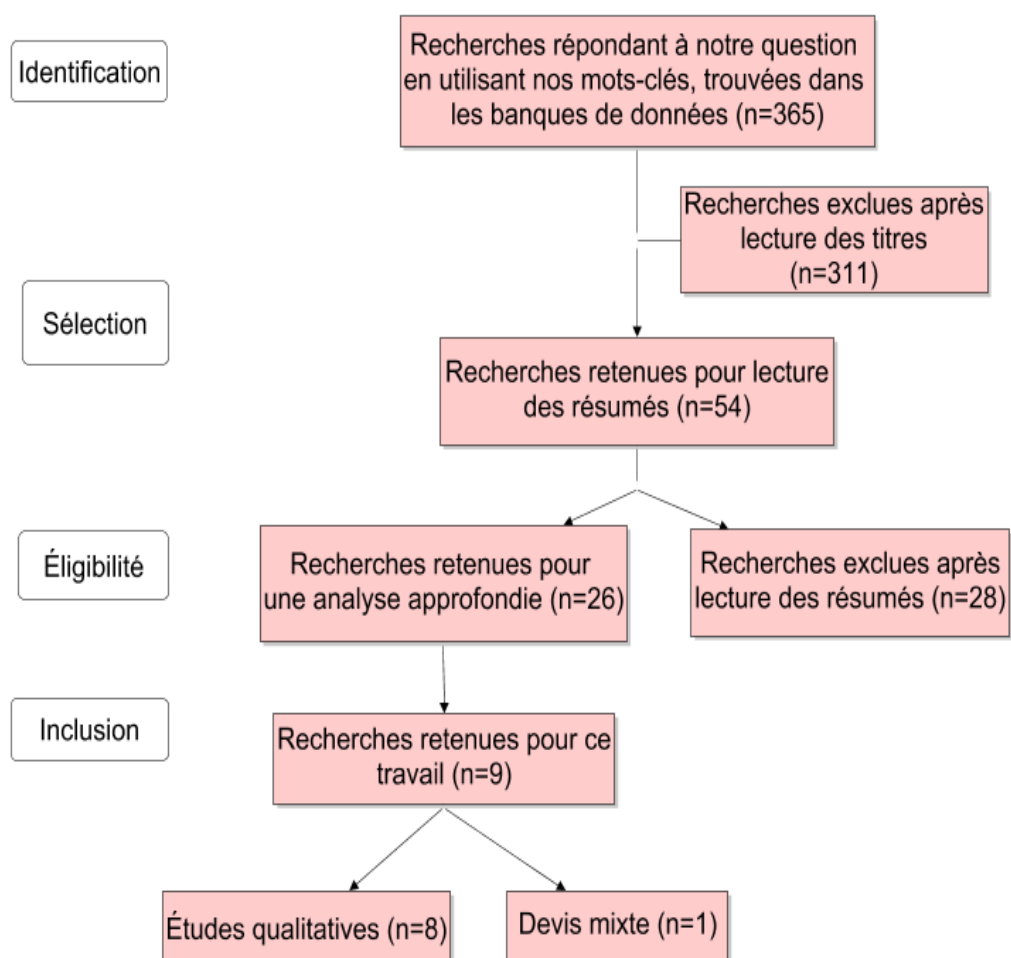


Tableau 3: FlowChart

Une première sélection d'articles a été réalisée à la suite de la lecture des titres. Cela nous a permis d'estimer leur pertinence en lien avec la question de recherche. Énormément d'articles portent sur la promotion de la santé, mais très peu uniquement sur les stratégies mise en place par la charte d'Ottawa ainsi que le rôle infirmier, donc beaucoup de ces articles n'ont pas été sélectionnés. Lorsque nous mettions en lien les termes « promoting » et « health promotion », le sujet des articles portaient généralement sur des pathologies ou des facteurs de risque. Ce genre d'article-là n'a pas été retenu.

Une deuxième sélection d'article a été faite après la lecture des résumés, ceci dans le but de permettre de déterminer les articles les plus adéquats pour cette revue de littérature. Les articles scientifiques retenus devaient comprendre au moins une des stratégies abordées dans la charte d'Ottawa qui sont : L'élaboration de politique pour la santé, la création d'environnement favorable, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé. Ces stratégies apparaîtront dans les critères d'inclusion déterminés dans la méthodologie.

5.4.2 Démarche d'extraction des données et d'analyse critique.

Nous nous sommes partagé la lecture des neuf articles retenues. Chacune a résumé ses articles en utilisant les grilles de résumé selon leur devis et sous forme de texte narratif. Remplir ces grilles de résumé nous a permis d'avoir un aperçu de chaque article de manière synthétique, tout étant classé sous différents chapitres (introduction, méthodologie, etc.). De plus, nous avons pu critiquer les articles à l'aide des grilles de lecture critique concordant avec leur devis, permettant de vérifier la fiabilité de ceux-ci. Ces différentes grilles ont été prises du livre de Fortin et Gagnon (2016) (Appendices A et B).

Chacune de ces grilles ont été corrigées séparément. Pour finaliser le tout, nous en avons discuté avec notre directrice, afin de s'assurer de leur qualité et de leur pertinence. Les grilles de lecture critique accordent d'estimer selon les critères de qualité si le contenu est clair, complet et structuré.

Pour terminer, nous avons créé un tableau récapitulatif (Appendice C) qui permet de mettre en évidence les éléments significatifs de chacune des étude.

Résultats

Ce chapitre est consacré à l'analyse de la description des études et à la présentation des résultats au travers des 9 articles scientifiques retenus.

6.1 Description des études

Pour réaliser ce travail 9 articles scientifiques ont été choisis dans le but de répondre à notre question de recherche qui, pour rappel est:

Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour garantir un rôle infirmier promoteur de santé ?

Le processus et la sélection de ces articles se trouvent dans (Appendice D) Ces articles ont été conçus entre 2010 et 2019, sauf pour deux études (Casey et al., 2007 ; Piper et al., 2008) qui ont été publiés en 2007 et 2008. Nous les avons tout de même retenues, car elles ont une place importante concernant la compréhension, la perception et l'expérience des infirmières avec la promotion de la santé. Nous avons de ce fait 8 études qualitatives, dont 2 sont descriptive et exploratoire (Figueira et al., 2018 ; Heidemann et al., 2019) et une étude est de types mixtes (Johansson et al., 2010).

Ces articles ont été élaborés dans divers pays: 2 en Iran (Afshari et al., 2019 ; Fereidouni et al., 2019), 1 en Irlande (Casey et al., 2007), 2 au Brésil (Belletti et al., 2018 ; Heidemann et al., 2019), 1 en Suède (Johansson et al., 2010), 1 en Ecosse (McLellan et al., 2019), 1 Royaume-Uni (Piper et al., 2008) et 1 en Norvège (Nilsen et al., 2016). La promotion de la santé est un concept international grâce à l'OMS, donc la pratique de celle-ci est censée être la même partout grâce aux stratégies proposées dans la charte d'Ottawa.

Certaines études ont utilisé des entretiens (Afshari et al., 2019 ; Belletti et al., 2018 ; Casey et al., 2007 ; Fereidouni et al., 2019 ; Heidemann et al., 2019 ; McLellan et al., 2019 ; Nilsen et al., 2016 ; Piper et al., 2008) et d'autres des questionnaires

(McLellan et al., 2019 ; Piper et al., 2008). Nous avons pu constater que 2 études comprennent ces deux méthodes de récolte de données. Concernant l'article de devis mixtes (Johansson et al., 2010), les données ont été obtenus par questionnaire.

Ces études se déroulent dans différents contextes de soins et les échantillons des articles incluent différents types de professionnels de la santé tels que des infirmières, des sages-femmes, des diététiciens, des physiothérapeutes, ergothérapeute, des médecins, etc.

Afshari et al. (2019) visent à étudier les conceptualisations de la promotion de la santé chez les professionnelles de la santé travaillant dans les hôpitaux éducatifs en Iran. Pour se faire ils interviewent 15 professionnelles, majoritairement infirmiers, dont la moyenne d'âge est de 38,8 ans et dont le ratio est de (8 hommes : 7 femmes). Malgré que l'échantillon soit petit, cela n'enlève en rien de sa qualité. De plus, les participants partagent des expériences de leurs pratique quotidienne cité en verbatim et les stratégies, qu'ils proposent, sont en lien avec un de nos concepts: l'empowerment.

Par le biais de leur étude, Casey et al. (2005) cherchent à savoir quelle est la perception et la compréhension des infirmières concernant la promotion de la santé dans un contexte de soins aigu. Les chercheurs observent et interviewent 8 infirmières en service de chirurgie. Les résultats étant conformes aux expériences des participants, les données obtenues permettent de juger de la pertinence des conclusions, et ceci, pour d'autres contextes également. Les résultats de cette études sont donc conformes à notre question de recherche en lien avec des stratégies ne visant pas de contexte spécifique.

Fereidouni et al. (2019) ont comme objectifs dans leur étude de documenter les perspectives et les recommandations des infirmières en ce qui concerne l'éducation

des patients. Pour atteindre leurs objectifs, des entretiens semi-structurés sont passés à 24 infirmières dont 8 infirmières cheffes et 16 infirmières cliniciennes dans un contexte hospitalier. L'éducation dépendant du contexte, elle n'est pas forcément transférable pour d'autres environnements. Malgré la difficulté de la transférabilité, nous avons tout de même choisi cet article, car le sujet traité fait partie des 5 stratégies recommandées dans la charte d'Ottawa.

Le but de l'étude de Belletti et al. (2016) visait à comprendre les actions de plaidoyer en matière de santé et d'empowerment développées par les infirmières de la Stratégie de santé familiale (FHS) au Brésil. Pour répondre à leur objectif, ils ont interviewé 15 infirmières de cette institution. Cette étude est intéressante, car elle met en avant deux concepts pertinents dans la promotion de la santé : l'advocacy et l'empowerment. Les soins infirmiers et la FHS assument le rôle de promoteurs de ces deux concepts.

Dans leur étude, Heidemann et al. (2019) se posent la question suivante: "Quelles pratiques de promotion de la santé ont été développées par des équipes d'infirmières de santé familiale dans une région du sud du Brésil?". Pour répondre à celle-ci, ils organisent des entretiens avec 21 infirmières des unités de santé familiale. Cet article est intéressant, car il met en avant l'observation du groupe sur l'empowerment et la capacité des infirmières sur leur rôle promoteur de la santé.

De par leur étude, Johansson et al. (2010) veulent analyser l'engagement des professionnels de la santé suédois en faveur d'un service de santé plus favorable à la santé et de mettre en lumière les obstacles importants à l'exercice d'un rôle promoteur de santé dans la pratique quotidienne. Pour ce faire, un questionnaire est envoyé au domicile de 951 participants de différentes professions de la santé. Cet article est intéressant, car les chercheurs ciblent une population plus large pour

comprendre la perception que le personnel soignant a de la promotion de la santé dans tous types de contextes de soins. De plus, cet article a un devis mixte, il comporte autant du qualitatif que du quantitatif et c'est le seul article que nous avons trouvé ayant ce genre de devis.

McLellan et al. (2019) veulent examiner par leur étude, les obstacles rencontrés par les sages-femmes et des facilitateurs pour réaliser de multiples HePPBes (Health Promotion Practice Behaviours) à travers divers sujets de promotion de la santé. 11 sages-femmes travaillant dans un cadre communautaire en Ecosse participent à l'étude par le biais d'entretiens qualitatifs et 505 sages-femmes qualifiées ou en formation, au niveau international, répondent à un questionnaire. Bien que la population de cet article soit des sages-femmes, nous nous intéressons plutôt aux comportements qui facilitent ou au contraire qui empêchent la pratique de la promotion de la santé pour notre travail.

Nilsen et al. (2016) veulent savoir comment les responsables des soins infirmiers sont soutenus dans leur rôle de leader dans un cadre de soins de santé municipal. Pour y répondre, ils ont interviewé 9 infirmiers chefs, dont 5 travaillant dans des maisons de retraite et 4 dans des services de soins à domicile. Les points pertinents abordés dans cette étude sont le leadership, l'organisation, l'autonomie des infirmières pour travailler de manière efficace et la posture professionnelle. Ces derniers sont intéressants pour notre travail, car ils abordent l'organisation des milieux de soins et ce qui peut entraver le bon déroulement de ceux-ci.

Piper et al. (2008), ont pour objectifs dans leur étude, d'explorer la définition et la signification que les infirmières hospitalières donnent à l'éducation à la santé et à la promotion de la santé ainsi que d'examiner comment celles-ci s'inscrivent dans le langage et la théorie existante. Pour répondre à leurs objectifs, ils font des entretiens

individuels et de groupe à 32 infirmières travaillant dans les soins aigus, en gériatrie, en oncologie et en santé sexuelle. Du fait que ces infirmières travaillent dans ces différents services, les résultats de cette étude ont une bonne transférabilité dans différents contextes. De plus, un de nos objectifs est de comprendre la perception que les infirmières ont de la promotion de la santé, et cet article traite le sujet.

En ce qui concerne la considération éthique, les études ont toutes reçu une approbation. Dans cinq articles, il est décrit qu'un consentement écrit a été signé par les participants (Afshari et al., 2019 ; Belletti et al., 2018), et pour trois d'entre eux les études ont préservé leur anonymat (Casey et al., 2007 ; Heidemann et al., 2019 ; Nilsen et al., 2016). Aussi, six de ces études ont eu l'approbation de différents comités d'éthique d'hôpitaux ou d'université (Casey et al., 2007 ; Fereidouni et al., 2019 ; Heidemann et al., 2019 ; Johansson et al., 2010 ; McLellan et al., 2019 ; Piper et al., 2008).

Tous les articles choisis pour ce travail respectent les considérations éthiques demandées.

6.2 Présentation des résultats

Après l'analyse de ces 9 articles, nous pouvons classer les résultats selon 3 catégories différentes, qui comprennent elles-mêmes différents points.

Stratégies d'ordre individuel	Stratégies d'ordre collectif	Stratégies d'ordre institutionnel
Vision et pratique de la promotion de la santé	L'éducation à la santé	Organisation dans les services de santé

Formation des professionnels de la santé	Le plaidoyer	Collaboration pluridisciplinaire et hiérarchique
---	--------------	--

Tableau 4: Catégorisation

6.2.1. Stratégies d'ordre individuel

La première stratégie que nous avons identifiée pour répondre à notre question de recherche consiste à travailler sur l'attitude et le rôle qu'ont les professionnels de la santé sur la promotion de la santé en leur proposant des formations continues.

6.2.1.1. Vision et pratique de la promotion de la santé.

Sur les 15 infirmières, l'ensemble n'ont pas une bonne compréhension de la promotion de la santé et certaines n'en n'ont même jamais entendu parler (Afshari et al., 2019). Les termes sont mal identifiés et confondus: certaines définissent la promotion de la santé comme étant de la santé et de la prévention, certaines viennent même à dire que la prévention s'agit d'un synonyme de la promotion de la santé, d'autres comprennent que l'éducation à la santé est étroitement liée à la promotion de la santé et donc qu'elles ont la même signification (Afshari et al., 2019). Une des 15 infirmières pense que l'amélioration de la santé des patients, les processus diagnostiques et thérapeutiques sont de la promotion de la santé (Afshari et al, 2019). L'étude de Casey et al. (2007), pose une toute autre vision de la promotion de la santé, sur la totalité des infirmières (n=8), la majorité définissent la promotion de la santé comme étant un « style de vie qui rend la population attentive à un mode de vie sain promouvant la santé physique, mentale et spirituelle ».

Leur vision de la promotion de la santé et leur pratique implique une intention positive ne produisant pas obligatoirement un comportement adapté, car la majorité

sur les 8 infirmières affirment que la promotion de la santé est importante, car elle augmente l'autonomie et la qualité de vie des patients, mais elles doutent tout de même de son efficacité (Casey et al., 2007). De plus, elles signalent toutes qu'elle est très peu pratiquée dans leur service et qu'uniquement 3 d'entre elles l'ont toujours pratiquée de façon instinctive (Casey et al., 2007), ceci démontre qu'elles viennent de prendre conscience de ce qu'elles font et que jusqu'à maintenant elles avaient une vision innée de la pratique de la promotion de la santé en termes de savoir être.

Nous avons trouvé que la motivation du personnel soignant à entreprendre la promotion de la santé est souvent rattrapée par le biomédical. Dans l'étude de McLellan et al. (2019), les sages-femmes (n=11) se montrent motivées quant à la pratique de la promotion de la santé, mais en cas de risque clinique ces dernières priorisent la sécurité et la protection de la patiente. Johansson et al. (2010) rapporte une autre vision concernant la motivation de la promotion de la santé. Si on ne connaît pas tous les avantages de la pratique de la promotion de la santé dans notre propre contexte de soins, nous sommes moins motivés à l'entreprendre. Ce cas de figure se présente dans leur étude, car le personnel de soins de santé primaire est plus motivé que le personnel hospitalier, connaissant, eux, les avantages de la promotion de la santé dans leur contexte.

Concernant la motivation, nous avons identifié que 475 professionnels de la santé sur 951 sont satisfaits de la quantité de promotion de la santé qu'ils pratiquent, 19 sur 951 veulent en faire moins et 428 veulent en faire plus. Toutefois, 475 déclarent se sentir prêt à développer leur propre rôle de promotion de la santé et prévention (Johansson et al., 2010).

Nous constatons également que les infirmières ont souvent une perception faussée de la pratique de la promotion de la santé: des infirmières pensent que la

promotion de la santé se pratique moins à l'hôpital car elle la considèrent comme une "tâche" communautaire (Piper et al., 2008) ; d'autres infirmières pensent qu'en améliorant les connaissances et en sensibilisant la société des problèmes de santé, on conduira la population à un empowerment, or, sur l'ensemble (n=15), très peu d'entre elles considèrent les déterminants de la santé dans leur pratique de la promotion de la santé (Afshari et al., 2019). Sur 8 infirmières de l'étude de Casey et al. (2007), certaines estiment que selon l'état de santé du patient, la pratique de la promotion de la santé n'est pas nécessaire. Selon elles, un patient qui semble trop bien informé de son état de santé n'en a pas besoin et qu'il est inutile d'en faire avec les patients trop dépendants.

6.2.1.2 Formation des professionnels de la santé.

Les compétences en termes de promotion de la santé de différents professionnels de la santé sont limitées: 65% des infirmières en centre de soins de santé primaire et 44% des médecins hospitaliers le mentionnent dans l'étude Johansson et al. (2010).

Toutes les infirmières n'ont pas accès à une formation à la promotion de la santé. Ce cas de figure est illustré dans l'étude d'Heidemann et al. (2019) : sur 21 infirmières interrogées 3 ont répondu ne pas avoir reçu de formation pour pratiquer la promotion de la santé, 11 ont dit avoir été préparées durant leur cursus, et 14 ont reçu une formation sur leur lieu de travail. De plus, 4 infirmières sur 8 déclarent ne pas avoir d'éducation, de formation et de compétences nécessaire pour entreprendre la promotion de la santé (Casey et al., 2007). McLellan et al. (2019) mettent en lumière qu'il faudrait améliorer l'accessibilité des formations pour l'apprentissage de la promotion de la santé. Cependant, même si certaines ont accès à une formation, elle est souvent encore trop centrée sur le biomédical (Heidemann et al. 2019). Par

conséquent, les infirmières novices ont très peu voire aucune expérience en termes de promotion de la santé et auraient besoin d'une formation de qualité (Fereidouni et al., 2019).

6.2.2 Stratégies d'ordre collectif.

La deuxième stratégie identifiée pour répondre à notre question de recherche vise à développer l'éducation de façon pédagogique dialogique et à développer l'empowerment communautaire pour faciliter le plaidoyer.

6.2.2.1 Education à la santé.

Après analyse de nos articles, nous notons que le développement de l'éducation à la santé comprenant une méthode pédagogique dialogique au sein de la communauté est indispensable pour développer l'empowerment de celle-ci et par conséquent la défense de sa santé et de ses intérêts.

Casey et al. (2007) décrivent l'éducation comme étant le moyen de promotion de la santé le plus utilisé par les infirmières. Belletti et al. (2018) décrivent, eux, que l'éducation à la santé est une pratique qui favorise le développement de la sensibilisation de la communauté, et qui, selon les 15 infirmières interviewées, stimule l'empowerment, l'autonomie et les connaissances de la population, les rendant plus conscients et indépendants quant à de leur réalité et leur santé locale et individuelle.

Ces précédents points sont soutenus par Piper et al. (2008). En stimulant ces différents aspects, un lien se crée entre la communauté et les services de soins, permettant ainsi aux infirmières de développer des actions de défense de la santé (Belletti et al., 2018). Heidemann et al. (2019) confortent l'idée que l'éducation à la santé crée un lien entre la communauté et les services de santé, ils ont une même vision que celle rapportée par Belletti concernant l'éducation à la santé qui génère

une certaine autonomie, cependant, selon eux, elle nécessite l'implication d'une approche pédagogique dialogique. Casey et al. (2007) rejoignent cette pensée en précisant que l'évaluation des connaissances du patient avant d'entreprendre la promotion de la santé est important ainsi que de donner des explications en quantifiant de manière approprié pour la compréhension du patient. Piper et al. (2008) contredisent cette idée, selon eux, les infirmières ont uniquement un rôle impliquant la diffusion d'informations aux patients dans l'éducation à la santé.

Dans trois des études retenues, nous relevons différentes interventions et moyens pour pratiquer l'éducation à la santé. Casey et al. (2007) avancent que les infirmières utilisent l'encouragement, l'enseignement, la participation de la famille pour la pratique de la promotion de la santé, la réorientation du patient vers une infirmière spécialisée de la promotion de la santé et de donner des informations aux patients. Heidemann et al. (2019) confortent cette pratique, mais ils avancent diverses techniques d'éducatrices utilisées par les infirmières telles que les conférences, les affiches, les ressources médiatiques, l'utilisation des arts et la création de groupes pour répondre aux besoins de la communauté. Casey et al. (2007) mettent en avant l'utilisation de la participation du patient ainsi que celle de la famille tandis qu'Afshari et al. (2019) relèvent que celle du patient est parfois négligée dans le contexte hospitalier.

6.2.2.3 Plaidoyer.

Cette stratégie comprend la stimulation d'empowerment communautaire pour faciliter le plaidoyer donnant voix forte à la communauté quant à ses besoins personnels et collectifs en termes de santé.

Nous constatons qu'il est nécessaire d'entrer en contact et d'investiguer les besoins de la communauté pour pouvoir les défendre au mieux. Belletti et al. (2018)

recommandent de sortir des services de santé, mais aussi d'inviter la communauté dans les unités lors de pré-conférences pour entrer directement en contact avec la population et ses réalités locales afin qu'elle puisse suggérer ses idées, énoncer ses besoins et être incluse dans le plan au profit de la communauté. Aborder la population de cette manière permet aux infirmières d'exercer leur autonomie, à renforcer leur identité, à élargir la reconnaissance de leurs capacités et ainsi à défendre les intérêts et les droits de la population (Belletti et al., 2018). Belletti et al. (2018) proposent également la formation de groupes, qui stimule l'autonomie et l'empowerment des patients, ainsi que l'échange d'expériences et des besoins. La mise en action de la communauté permet aux infirmières de développer des actions de défense à la santé (Belletti et al., 2018). Piper et al. (2008) soutiennent l'idée que le groupe rend la communauté responsable et autonome, car il leur permet de défendre leurs besoins et de faire des choix judicieux et éclairés.

Piper et al. (2018) rejoignent la pensée de Belletti et al. (2018) concernant le fait que le groupe stimule l'empowerment. Ils ajoutent que l'empowerment pousse la population participer aux groupes, à défendre leurs intérêts personnels et leur permet de développer une relation de partenariat avec l'infirmière. Belletti et al. (2018) affirment, eux, que c'est la participation à la mise en œuvre des politiques publiques et de ses droits fondamentaux qui stimule le sentiment d'empowerment.

Nous notons finalement que la pluridisciplinarité est nécessaire dans le plaidoyer, car elle apporte une vision plus large et diverses compétences dans la défense de la santé. Belletti et al. (2018) affirment que la pluridisciplinarité permet l'échange de connaissances, offre une vision plus large des problèmes, dispense de mieux intervenir sur la santé de la population, conçoit des plans thérapeutiques plus efficaces et élargit les connaissances de tous. Cette collaboration favorise de nouvelles alternatives qui peuvent déboucher sur des actions de défense de la santé.

6.2.3. Stratégies d'ordre institutionnel.

La troisième stratégie a pour objectif d'organiser les services de santé dans une optique favorisant la promotion de la santé, et la collaboration pluridisciplinaire et hiérarchique impliquant la participation de tous et le soutien des supérieurs hiérarchiques.

6.2.3.1 Organisation dans les services de santé.

Nous avons identifié certains obstacles à la promotion de la santé en lien avec l'organisation dans les services de soins, qui, selon 913 sur 951 professionnels de la santé, influencent le développement de la santé à long terme au sein de la population (Johansson et al., 2010).

Le manque de temps ainsi que la surcharge de travail représentent les principaux obstacles de la pratique de promotion de la santé (Johansson et al., 2010). Nous avons obtenu ces deux obstacles dans 4 de nos articles (Casey et al., 2007; Fereidouni et al., 2019; Johansson et al., 2010; McLellan et al., 2019).

Nous avons retenu d'autres obstacles à la promotion de la santé dans l'organisation des services : une dotation faible, la routine des soins dans les services, la perception que la promotion de la santé demande du temps et la dotation faible. Une dotation faible en personnel soignant et le fait que les infirmières aient la perception que la pratique de la promotion demande du temps, compliquent la pratique de celle-ci (Fereidouni et al., 2019). De plus, sur 8 infirmières, la totalité priorisent le bon fonctionnement de leur service en créant une routine qui néglige la promotion de la santé (Casey et al., 2007).

Le prochain obstacle que nous soulignons également, est le manque de matériel facilitant la promotion de la santé dans plusieurs études (Casey et al., 2007; McLellan

et al., 2019; Fereidouni et al., 2019). Sur 24 infirmières, plusieurs trouvent qu'elles manquent de supports tels que des brochures (Fereidouni et al., 2019). L'étude de McLellan et al. (2019) appuie ce manque de support, sur les 11 sages-femmes, la totalité affirme qu'elles manquent de documentations en lignes pouvant aider à la pratique de la promotion de la santé. Casey et al. (2007) ajoutent que deux infirmières sur 8 se plaignent d'absence de brochures dans les services de santé comme étant un obstacle à la promotion de la santé.

Les derniers obstacles que nous notons, sont le manque de ligne directrice, mentionné par 447 professionnels de la santé sur 951, et le manque d'objectifs clairs, mentionné par 127 infirmières sur 317 (Johansson et al., 2010).

6.2.3.2 Collaboration pluridisciplinaire et hiérarchique .

Nous soulignons que la présence des médecins et le soutien des supérieurs peuvent influencer la pratique des infirmières. Dans l'étude de Casey et al. (2007), sur 8 infirmières, certaines confient qu'elles se sentent inférieures par rapport aux médecins, elles pensent qu'ils sous-estiment leurs points de vue et leur expériences. Fereidouni et al. (2019) ajoutent que les médecins peuvent prendre beaucoup de place sur le terrain et diminuent ainsi la motivation des infirmières pouvant indirectement influencer la qualité des soins alors qu'ils pourraient être d'une grande aide à l'éducation à la santé car ils ont plus d'influence aux yeux des patients. Fereidouni et al. (2019) attirent l'attention qu'une infirmière cheffe qui soutient et renforce la profession d'infirmière, permet l'empowerment des infirmières. Ils ajoutent que les supérieurs hiérarchiques doivent apprécier les efforts effectués en termes de promotion de la santé, et qu'ils doivent superviser les infirmières de façon plus fréquente (Fereidouni et al, 2019).

Nous remarquons que les collaborateurs, du haut jusqu'au bas de la hiérarchie, n'ont pas une vision commune et ont des priorités différentes impactant ainsi la promotion de la santé : La direction des institutions se préoccupe principalement des budgets et de l'économie, les infirmières cheffes doivent prendre en compte la vision des soins et respecter l'économie tandis que les infirmières ont comme priorités les soins en général (Nilsen et al., 2016). Nilsen et al. (2016) précisent même que le transfert d'informations est caractérisé comme étant une approche dite « top-down », les informations vont du haut vers le bas par conséquent ils ne considèrent pas les besoins des infirmières.

Nous relevons finalement que la collaboration et le soutien hiérarchique est nécessaire à la promotion de la santé. Fereidouni et al. (2019) soulignent qu'un changement durable nécessite une participation générale, toutes les personnes de l'organisation, du sommet de la pyramide jusqu'à sa base, doivent participer activement (Fereidouni et al., 2019).

Discussion

Dans ce chapitre nous présentons l'analyse des résultats obtenus, ceux-ci sont interprétés à l'aide du cadre conceptuel, du modèle théorique choisi et sont mis en lien avec la posture infirmière promotrice de la santé. Des recommandations pour la pratique sont amenées. Nous répondons ensuite à notre question de recherche et annonçons les forces et limites de cette revue de littérature ainsi que celles des études retenues pour l'élaboration de ce travail.

7.1 Analyses et mise en lien des résultats avec le cadre conceptuel

Grâce aux 9 articles que nous avons retenus pour la réalisation de cette revue de la littérature, nous avons pu identifier diverses stratégies permettant une posture professionnelle promotrice de la santé. Nous allons dans ce chapitre, transposer les résultats en ce qui concerne notre cadre de référence, le *modèle conceptuel de McGill* et des concepts choisis, soit *les déterminants de la santé, l'empowerment, la participation et la posture*. Ces différents points ont un effet direct sur la promotion de la santé et la posture que doit avoir l'infirmière pour pratiquer la promotion de la santé.

7.1.1. Analyse des stratégies d'ordre individuelle.

Certaines infirmières n'ont pas une bonne compréhension de la promotion de la santé, les termes sont mal identifiés, confondus et certaines n'ont jamais entendu parler de la promotion de la santé (Afshari et al., 2019). Nous trouvons idéologiquement qu'il faudrait que l'ensemble des formations infirmières voient et étudient les mêmes termes et définitions, pour certaines formations, il faudrait même s'assurer qu'ils considèrent la promotion de la santé comme une matière importante, car certaines infirmières n'en n'ont jamais entendu parler. De plus, la définition de la promotion de la santé devrait, peut-être, être plus claire et plus spécifique selon les

domaines (socio-sanitaire, politique et économique, etc.). Cela permettrait d'être au clair avec ce qu'est la promotion de la santé, ce qu'elle implique et comment elle se pratique. Si l'infirmière n'a pas une bonne compréhension des termes de la promotion de la santé, c'est qu'elle n'a pas acquis le savoir empirique, et sans celui-ci, elle ne peut pas atteindre une posture infirmière promotrice de la santé (Kerspern, 2011).

La motivation semble jouer un rôle dans la pratique de la promotion de la santé selon nos résultats et le biomédical est souvent priorisé à la promotion de la santé (McLellan et al., 2019). En effet, le risque clinique et vital est prioritaire, cependant la promotion de la santé devrait avoir une place importante pour tous dans les soins, car elle permet d'anticiper ou éviter des événements et ainsi diminuer les charges de travail pour l'avenir (McLellan et al., 2019). Nous trouvons aussi que l'on parle beaucoup de "savoir être" mais on devrait également parler de "devoir être". Pourquoi passer à côté de la promotion de la santé? Si une infirmière doit faire une prise de sang, ou changer de protection à une personne âgée, elle va le faire car elle connaît les risques biomédicales qui en découlent si elle ne le fait pas, et on ne parle pas de motivation ici. Alors pourquoi parler de motivation pour la promotion de la santé? Cela fait tout autant parti de la profession infirmière.

Dans une des études on trouve que 475 professionnels de la santé sur 951 sont satisfaits de la quantité de promotion de la santé qu'ils pratiquent, 19 sur 951 veulent en faire moins et 428 veulent en faire plus (Johansson et al., 2010). Quand la promotion de la santé reste incomprise par la plupart des professionnels de la santé, comment peuvent-ils réellement trouver qu'ils en font trop ou pas assez? Le patient est censé être au centre des soins effectués par les soignants, donc comment peuvent-ils estimer en faire trop et vouloir en faire moins? Le corps médical dans son ensemble doit considérer le patient comme étant au centre des soins, comme

préconisé par le modèle de McGill guidé vers la promotion de la santé, l'une de nos compétences. Nos compétences ne devraient donc pas être guidées par des « motivations ».

Les infirmières de l'étude de Piper et al. (2008) démontrent qu'elles manquent clairement de formation et de connaissances concernant la promotion de la santé, car elles ne la pratiquent pas à l'hôpital, pensant que c'est une pratique appartenant aux infirmières en santé primaire. Les infirmières de l'étude d'Afshari et al. (2019) pratiquent de l'éducation à la santé sans prendre en compte les déterminants de la santé. Elles font du « on sait ce qui est bon pour vous », autrement dit, elles ont un approche appelée « top-down » sans même considérer la personne qu'elles ont en face d'elle, comme étant expert de sa réalité et de sa situation locale et actuelle. Dans le cas contraire, si elles pratiquaient l'éducation en prenant compte des besoins du patients donc des déterminants de sa santé et le modèle de McGill, elles feraient du “vous savez ce qui est bon pour vous” démontrant une approche dite « bottom-up ». Il faudrait donc changer la vision qu'ont les soignants des soins dans le contexte hospitalier, car elles démontrent vouloir un certain contrôle et le patient doit accepter et s'y plier.

Finalement, les infirmières de l'étude de Casey et al. (2007), estiment que selon l'état de santé du patient on ne nécessite pas de pratiquer la promotion de la santé. S'ils « semblent » trop dépendants c'est inutile de la pratiquer et s'ils « semblent » trop bien informés de leur état de santé c'est une perte de temps, or elles n'essayent même pas d'évaluer les besoins de ceux-ci. Elles aussi, ne considèrent pas le patient. Pourquoi ne pratiqueraient-elles par la promotion de la santé chez le patient qui est « trop bien » informé quant à son état de santé? En ayant des connaissances il pourrait être plus à même de défendre sa santé et exprimer ses besoins, et ainsi participer. Il faut préciser qu'elles ne sont pas sûres de ce qu'elles avancent: « il

semble trop bien informé ». Cependant, on ne sait jamais assez ou trop concernant notre santé, il pourrait très bien avoir des besoins quelconques. Par exemple, si une infirmière est hospitalisée, nous imaginons que ses infirmières référentes ne lui feront probablement aucun ou très peu d'éducation par prétexte qu'elle a des connaissances médicales, or, elles ne pourraient pas savoir si leur patiente a toutes les connaissances sans les investiguer.

Concernant la formation de la promotion de la santé n'est pas présente dans tous les cursus scolaire en soins infirmiers (Heidemann et al., 2019) et pourtant depuis la création de la charte d'Ottawa on sait que la promotion de la santé est autant importante dans les soins que dans les autres domaines. La promotion de la santé devrait donc être intégrée dans tous les cursus scolaires et les formations en générales devraient être réorganisées. Malgré le fait que certaines formations infirmières aient abordent de promotion de la santé, nous avons vu dans plusieurs études qu'elle est malheureusement bien souvent axée sur le biomédical et la prévention des maladies. C'est donc assez ironique d'apprendre à placer le patient au centre des soins, sans pratiquer la promotion de la santé et considérer les besoins du patient. Pour améliorer cela, il faudrait intégrer dans ces formations le modèle de McGill, car il reprend principalement des bases tels que les soins centrés sur le patient, prendre en compte les déterminants de la santé, la participation etc. En intégrant ce modèle les soignants éviteraient d'être axés sur le biomédical et de ne pas considérer le patient.

Nous avons appris que la meilleure formation que nous puissions avoir combine des capsules théoriques de promotion de la santé avec un contact du terrain où nous pouvons approcher directement la population. L'enseignement seul de théorie ne suffit pas à intégrer le concept de promotion de la santé (Kerspern, 2011). Heidemann et al. (2019) conforte que l'éducation théorique seule ne suffit pas. On développe un

savoir-être grâce au développement du *savoir* et du *savoir-faire*. En d'autres termes pour développer la posture promotrice de santé, on a besoin de l'enseignement théorique et pratique (Kerspern, 2011). En prenant compte de ces informations, si une formation promotrice de la santé est centrée sur le biomédical et ne comprend pas de capsules théoriques et pratiques, l'étudiant et donc le futur professionnel ne peut pas ou alors très difficilement atteindre seul une posture promotrice de santé.

Certaines infirmières affirment pratiquer la promotion de la santé de manière instinctive (Casey et al., 2007). Est-ce que la pratique promotion de la santé est innée ou acquise avec de l'expérience? Ces infirmières affirment pratiquer de manière instinctive, est-ce qu'elles ne viennent pas de le conscientiser en étant confrontées en participant à l'étude? Pour conscientiser le fait que nous avons développé un rôle promoteur de santé, il est obligatoire de travailler avec une population qui participe et stimule ainsi leur empowerment (Déchanez, 2020).

7.1.2. Analyse des stratégies d'ordre collective.

L'étude de Casey et al. (2007), rapporte que l'éducation à la santé est le moyen de promotion de la santé le plus utilisé par les infirmières. Kerspern (2011) mentionne que la promotion de la santé peut être considérée comme un processus avec notamment le concept d'empowerment et en tant qu'activité se référant en grande partie à l'éducation à la santé. Les modèles de promotion de la santé sont presque tous pratiqués dans un contexte d'éducation à la santé et ont comme but de prévenir les comportements (Kerspern, 2011). S'ils ont comme but de prévenir les comportements, ne serait-ce pas prévenir des maladies aussi? On reste ici axés sur la prévention et non sur la promotion de la santé. Nous ne trouvons pas cohérent d'utiliser l'éducation à la santé comme moyen de la promotion de la santé s'il est axé sur la prévention, car ils n'ont pas les mêmes paradigmes.

Belletti et al. (2018) affirment que l'éducation à la santé permet de sensibiliser la communauté, stimule l'empowerment, l'autonomie et les connaissances de la population, les rendant plus conscients et indépendants concernant leur situation environnementale et sanitaire. L'éducation à la santé permet peut-être de devenir plus autonome concernant un sujet et d'acquérir des connaissances supplémentaires, cependant, comme mentionné plus haut, est-elle réellement pratiquée dans une optique de la promotion de la santé ? On remarque dans l'étude de Heidemann et al. (2019) que l'éducation à la santé est souvent axée sur les changements comportementaux et sur la prévention de la maladie.

Belletti et al. (2018) insistent sur l'importance de l'implication d'une approche pédagogique dialogique pour une bonne compréhension des informations, car l'éducation seule ne génère pas d'autonomie. Il faudrait savoir utiliser les compétences et les connaissances du patient, pour pratiquer dans une attitude « bottom-up ». Nous savons que si nous donnons simplement un flyers sans donner d'explications et sans savoir en quoi il pourrait être pertinent pour la personne, il ne suscitera aucun intérêt chez ce dernier. Casey et al. (2007) appuient cette approche, en soulignant l'importance d'évaluer les connaissances des patient avant d'entreprendre la promotion de la santé et de donner une quantité d'explications appropriées. Selon nous, évaluer les connaissances du patient permet de savoir ce dont il a besoin en termes d'éducation et jusqu'où aller dans nos explications. Cela permet également la participation du patient. De plus, le fait de faire participer l'autre et de le considérer diminue les chances de résistances aux soins et augmente la continuité des soins pour son retour à domicile. Faire participer le patient, discuter avec lui pour connaître ses besoins n'est que bénéfique, car cela permet de créer une relation de partenariat et de favoriser l'empowerment du patient.

Les infirmières pour entreprendre l'éducation à la santé utilisent diverses techniques telles que l'encouragement, la participation du patient et de sa famille, la réorientation du patient vers une infirmière spécialisée en promotion de la santé et donner des informations au patient (Casey et al., 2007). Afshari et al. (2019) relèvent cependant que la participation du patient est parfois négligée à l'hôpital. Est-ce que les infirmières qui réorientent leurs patients vers une infirmière spécialisée en promotion de la santé utilisent cette « technique » car elles n'ont pas acquis suffisamment de savoir empirique? Nous pensons que si elles sont formées à la promotion de la santé c'est un réflexe/une démarche qu'elles n'utiliseraient plus ou très peu. Pourquoi ne pas intégrer des infirmières spécialisées en promotion de la santé dans les diverses unités? Elles seraient peut-être un soutien pour les infirmières ayant moins de compétences en promotion de la santé. Nous soulignons aussi que certaines des stratégies utilisées par les infirmières sont dans une optique promotrice de la santé: le fait de faire participer la famille et le patient nous rappelle ce que préconise le modèle de McGill, et le fait d'encourager et enseigner peut pousser le patient à développer un sentiment d'empowerment en acquérant une meilleure maîtrise de sa situation.

Selon Belletti et al. (2018) l'éducation à la santé permet de créer un lien entre les services de soins et la communauté, rendant possible le développement d'actions de défense de la santé par les infirmières. Le lien créé entre la communauté et les services de soins nous font penser au partenariat, qui est possible grâce à la participation du patient lors de son éducation à la santé. Le partenariat est essentiel pour une meilleure compréhension des besoins du patient et ainsi pour favoriser un sentiment d'empowerment (Biot, 2005). Ce que nous démontrons ici, fait partie des principes selon le modèle de McGill et donc de sa démarche de soin. Selon Burckhardt et al. (2013), suivre une démarche de soins démontre notre posture

professionnelle. Nous en concluons qu'en faisant participer le patient et qu'en étant conscients de ses besoins, nous démontrons que nous développons un rôle infirmier promoteur de santé.

Nous constatons qu'effectivement l'infirmière a un rôle dans l'éducation à la santé pour prévenir les maladies, mais leur rôle pourrait être plus conséquent dans la promotion de la santé en sensibilisant avant l'apparition de la maladie, en soutenant l'action collective pour remplir les faiblesses des services et des politiques, et en élaborant des environnements qui se soutiennent de manière réciproque. Du fait que les infirmières soient proches des besoins de la communauté, elles sont légitimes pour intégrer ces pratiques (Heidemann et al., 2019).

En sortant des services de soins et en abordant la population directement dans son contexte, les infirmières exercent leur autonomie, renforcent leur identité, élargissent la reconnaissance de leurs capacités et ainsi défendent les intérêts et les droits de la population (Belletti et al., 2018). En plus d'aborder la population dans leur contexte, il est également recommandé d'inviter la communauté dans les unités lors de pré-conférences pour entrer directement en contact avec la population afin qu'elle puisse suggérer ses idées, énoncer ses besoins et être incluse dans le plan au profit de la communauté (Belletti et al., 2018). Nous trouvons que c'est peu commun d'inviter la population à entrer dans le service de soins pour exprimer leur idées et besoins, cependant nous trouvons que cela pourrait être bénéfique pour connaître les déterminants de la santé de notre communauté, pour leur permettre de participer et de se sentir incluse dans la communauté développant ainsi un sentiment d'empowerment (empowerment communautaire) et donc nous permettre de défendre au plus près leurs besoins. Par ailleurs, la Haute école de Santé a mis en place un module de 5 semaines, où les étudiants sont amenés à élaborer un projet avec une

population cible dans un contexte choisi dans le but de développer une posture de promotion de la santé (Kerspern, 2011).

Belletti et al. (2018) pensent que la formation de groupe stimule l'autonomie et l'empowerment des patients ainsi que l'échange d'expériences et des besoins. Les patients, en participant activement aux groupes permettent aux infirmières de développer des actions de défense à la santé (Belletti et al., 2018). De plus, Piper et al. (2008) ajoutent que l'empowerment pousse la population à participer aux groupes et également à défendre leurs intérêts personnels et permet de développer une relation de partenariat. Nous en déduisons qu'en participant activement aux groupes, les patients peuvent échanger leurs expériences entre eux et leurs besoins en fonction des déterminants de la santé et cela permet aux infirmières de créer des actions de défenses à la santé, donc de plaider en leur faveur, tout en favorisant une relation de partenariat entre le patient et l'infirmière. En effet, selon Myers (2019) les infirmières doivent inévitablement plaider pour un changement, en donnant de l'importance aux facteurs qui interfèrent pour déterminer la santé.

Nous notons finalement que la pluridisciplinarité est nécessaire dans le plaidoyer, car elle apporte une vision plus large et diverses compétences dans la défense de la santé (Belletti et al., 2018). La défense de la santé du patient en pluridisciplinarité est effectivement importante, car chaque professionnel de la santé apporte une vision différente en fonction du métier, y compris l'infirmière. En effet, l'infirmière a même un rôle très important à jouer en pluridisciplinarité, car elle est celle qui est le plus proche du patient, puisqu'elles travaillent quotidiennement avec lui (Sager Tinguely et al. 2018). C'est donc elle qui devrait être leader lors de colloque pluridisciplinaire. Si on prend cela en compte l'infirmière a un rôle très important par rapport au patient, car elle doit prendre en compte ses connaissances, ses capacités, ses besoins,

investiguer ses déterminants de la santé, le faire participer pour pouvoir finalement déclencher un sentiment d'empowerment chez lui et pouvoir défendre au mieux sa santé auprès des autres professionnels de la santé.

Pour toucher un maximum de personnes, nous recommandons que les infirmières devraient plus se mobiliser et utiliser les médias, car ces derniers sont utilisés pour partager des informations, divertir, éduquer et promouvoir (Myers, 2019). Les médias (journaux, internet, radio, télévision etc.) sont employés par un large éventail de personnes, c'est pourquoi il s'agit d'un moyen efficace à la diffusion d'informations, il pourrait possiblement toucher toute tranche d'âge au niveau de la population (Myers, 2019). Au travers des médias, les infirmières définissent des problèmes à résoudre, formulent leur parti sur les changements indispensables et finalement font appel à l'aide à la population en général, aux autres professionnels de la santé et aux décideurs politiques à l'intention des individus. Elles peuvent également répondre aux nouvelles, donner un point de vue infirmier à la communauté sur un sujet précis, proposer des réponses à la société. Pourquoi recommander cela aux infirmières? Nous trouvons que les infirmières devraient plus se mobiliser pour promouvoir la santé à travers des médias car, elles ont des compétences générales dans la défense des intérêts, ont la confiance de la communauté et l'élaboration des politiques et les médias sont importants pour augmenter la qualité des soins de santé et ainsi permettre à la communauté d'avoir une meilleure qualité de vie (Myers, 2019). En plus de devoir se mobiliser via les médias, les infirmières devraient plus s'engager dans l'élaboration des politiques. D'après Myers (2019), « l'engagement des infirmières dans l'élaboration des politiques et la défense des droits prolonge l'éthique de la profession d'infirmière et est particulièrement pertinent et important dans la promotion de la santé et de la population ».

Les objectifs de la santé publique sont de s'appuyer sur des données probantes pour réduire les inégalités et améliorer la santé de la communauté (Myers, 2019). Nous comprenons donc qu'il faut s'appuyer sur des données probantes en prenant compte des besoins de la population donc en considérant les déterminants de la santé, facteurs qui ont une forte influence sur notre santé, comme par exemple l'économie, le chômage etc. pour améliorer la qualité de vie de la communauté en agissant à l'aide de la politique. La participation des infirmières est donc importante à l'élaboration des politiques et à la défense des droits des individus.

La santé de la population s'appuie ici aussi sur des partenariats entre la santé et d'autres secteurs pour réussir (Myers, 2019). Autrement dit, la santé publique est une affaire pluridisciplinaire, car la santé, le bien-être et la qualité de vie ne dépendent pas uniquement du secteur sanitaire, mais également du secteur économique, pédagogique etc. Cependant, nous pensons que le secteur sanitaire peut être leader concernant la défense de la santé de la communauté.

Pour conclure cette recommandation, nous pensons que la meilleure façon d'atteindre un bien-être, la santé et une qualité de vie est de modifier les politiques en fonction des besoins et des déterminants de la santé. C'est pour cela que la communauté a besoin d'une défense efficace de la part des infirmières et leur participation dans les politiques.

7.1.3 Analyse des stratégies d'ordre institutionnel .

Les principaux obstacles de la promotion de la santé sont le manque de temps et la surcharge de travail (Johansson et al., 2010). Fereidouni et al. (2019), eux, avancent que la dotation faible impact la pratique et que la promotion de la santé demande du temps. Finalement Casey et al. (2007) pensent que c'est la routine des

soins dans les services est un facteur qui empêche aux infirmières de promouvoir la santé. Les stratégies ici ne sont pas clairement explicitées, mais nous les supposons. Nous imaginons donc que les stratégies ici seraient d'avoir une meilleure dotation pour avoir du temps à disposition pour se consacrer à la promotion de la santé et qu'il faudrait trouver des moyens pour sortir d'une routine quotidienne. Si nous comprenons bien les infirmières de l'étude de Johansson et al. (2010) estiment qu'elles manquent de temps pour pratiquer la promotion de la santé et celles de l'étude de Fereidouni et al. (2019) avancent que c'est une pratique qui demande beaucoup de temps et qu'il faudrait augmenter la dotation. Or, nous savons que pour la pratique de la promotion de la santé il suffit de considérer la patient comme une personne autonome et capable quant à la prise de décisions, capable de participer aux pratiques de la santé et considérer des soins axés sur les forces et les ressources du patients plutôt que de ses difficultés et manques (Kerspern, 2011). Nous estimons donc que la pratique de la promotion de la santé ne demande pas un temps considérable. Ces différents « obstacles » apportés par ces infirmières nous poussent encore au questionnement concernant leur compréhension et leur formation quant à la promotion de la santé ainsi qu'à la posture à adapter.

Concernant la pluridisciplinarité, Fereidouni et al. (2019) dénoncent que les médecins empiètent sur le terrain des infirmières diminuant ainsi leur motivation pouvant influencer la qualité des soins. Nous admettons que même avec le peu d'expériences que nous avons, certains médecins peuvent empiéter, peuvent être intimidants et par conséquent influencer la qualité des soins prodigués, mais nous ne faisons pas de généralité. Nous pensons que dans certains services, les infirmières auraient besoin de plus de soutien de la part des médecins. D'ailleurs selon l'étude de Fereidouni et al. (2019) les médecins seraient d'une grande aide, car ils ont plus d'influence aux yeux des patients. La participation pluridisciplinaire est essentielle

dans la prise de décisions et dans l'élaboration de stratégies de planification dans l'optique d'une meilleure qualité de vie pour les patients (Promotion santé Suisse, 2019). Une participation générale permet des changements durables (Fereidouni et al., 2019). Nous avons appris qu'à la Haute école de Santé de Fribourg, les étudiants d'ostéopathie seront amenés à participer à des cours de promotion de la santé et à travailler en collaboration avec les étudiants en soins infirmiers. Ceci est tout nouveau pour ces deux formations et très innovateur pour la suite, car être conditionnés durant les études à travailler en pluridisciplinarité ne peut être que bénéfique pour la suite. Ces démarches devraient être entreprises dans l'ensemble des formations infirmières et autres formations dans le domaine des soins.

Nilsen et al. (2016) rapportent que la vision et les priorités diffèrent entre la direction, l'infirmière cheffe et les infirmières qui influencent la promotion de la santé. Fereidouni et al. (2019) amènent que l'infirmière cheffe en soutenant et en renforçant la profession d'infirmière, permet l'empowerment des infirmières et que les supérieurs doivent reconnaître les efforts faits par celles-ci en termes de promotion de la santé et les superviser plus fréquemment. Par conséquent pour améliorer la posture promotrice de la santé des infirmières, elles ont besoin du soutien des supérieurs hiérarchiques pour favoriser leur autonomie, leur sentiment d'empowerment et leur participation à la pratique de la promotion de la santé dans les soins. De plus, la participation entre les personnes du bas et du haut de la hiérarchie est un signe de bonne démocratie participative (Benamar et al., 2008).

Cependant, quand la vision de tous n'est pas commune, le transfert d'information se fait dans une approche dite « top-down » (Nilsen et al., 2016). Les infirmières ne sont donc pas réellement entendues par leurs supérieures hiérarchiques en ce qui concerne leurs besoins, leur positionnement dans les soins, et donc finalement les besoins des patients. Nous savons que le principe de la promotion de la santé est de

prendre les points de vue et besoins de la population et donc d'adopter une approche dite « bottom-up », alors comment pouvons-nous faire de la promotion de la santé quand même dans l'organisation de nos établissements de santé nous ne reflétons pas cette approche?

7.2 Réponse à la question de recherche

Dans ce chapitre, nous répondons à notre question de recherche étant la suivante:

Quelles sont les stratégies les plus efficaces pour garantir un rôle infirmier promoteur de santé dans tout contexte de soins confondu?

La réponse à notre question de recherche a été possible à travers la lecture, l'analyse et la synthèse des articles retenus. Étant donnée qu'aucun article ne réunissait en même temps toutes les propriétés de la promotion de la santé, les diverses stratégies récoltées que nous proposons varient d'un article à l'autre.

D'après nos résultats, les stratégies les plus efficaces pour garantir un rôle infirmier promoteur de santé sont des stratégies appartenant tant d'ordre individuel, collectif, qu'institutionnel.

Nous pouvons mettre nos stratégies récoltées en parallèle aux stratégies de la charte d'Ottawa, ceci nous fait prendre conscience que nos résultats garantissent un rôle promoteur de la santé.

En effet, travailler sur l'attitude et le rôle qu'ont les professionnels de la santé sur la promotion de la santé en leur proposant des formations continues et développer l'éducation de façon pédagogique dialogique correspond à la stratégie des acquisitions d'aptitudes individuelles de la Charte d'Ottawa. Par la suite, développer un empowerment communautaire pour faciliter le plaidoyer infirmier se réfère au renforcement de l'action communautaire et à l'élaboration des politiques pour la

santé. Consécutivement, organiser les services de santé dans une optique favorisant la promotion de la santé se rapporte à la réorientation des services de santé et finalement, favoriser la collaboration pluridisciplinaire et hiérarchique impliquant la participation de tous et le soutien des supérieurs hiérarchiques équivaut à la création d'environnement favorables.

7.3 Forces et limites du travail et des études retenues

Les objectifs de notre travail ont été atteints, nous avons réussi à identifier la compréhension des professionnels de la santé quant à la promotion de la santé dans le chapitre des résultats concernant la vision et la pratique de la promotion de la santé. Le deuxième objectif que nous avons atteint était en lien avec notre question de recherche et la réponse de cette dernière a été abordée dans le chapitre « Réponse à la question de recherche » ci-dessus.

Durant l'étape de recherche d'articles scientifiques, certains articles n'étaient pas accessibles gratuitement. L'aide de notre directrice du travail de Bachelor a été mobilisée.

Le COVID-19 a remis en question l'avancée du travail, mais étant de nature adaptatives, nous avons dû revoir nos méthodes et nos supports de travail pour arriver à avancer tout en respectant les recommandations de sécurité préconisées par l'OMS.

Les études retenues correspondent chacune à une ou des stratégies de la charte d'Ottawa.

8 articles retenus sont de devis qualitatifs et 1 de devis mixte. Le devis qualitatif est adapté à notre question de recherche puisqu'elle concerne les stratégies les plus efficaces permettant une posture infirmière en promotion de la santé. Nous ne

recherchons donc pas de chiffres pour appuyer nos résultats. Le devis mixte est toutefois utile pour notre travail, car il met en évidence le rôle promoteur de santé d'autres professionnels de la santé.

Nous n'avons pas toujours de chiffres exacts dans les résultats car nos articles sont principalement tous de devis qualitatifs sauf un mixte. En donnant les résultats, les auteurs des articles retenus ne précisent pas toujours de combien d'infirmières ou autres professionnels de la santé il s'agit.

Les 9 études retenues pour répondre à notre question de recherche ont des services de soins différents, ce n'était pas un critère important pour nous, car nous cherchions des stratégies en lien avec une posture infirmière. Les résultats sont donc transférables dans n'importe quel contexte de soins.

Nos études proviennent de différents pays, continents et cultures, ceci ne change en rien à la transférabilité des données.

Nous avons 2 études qui sont datées de plus 10 ans, nous les avons tout de même choisies car elles avançaient des points pertinents pour notre question de recherche.

Conclusion

Cette revue de littérature nous a permis de mettre en lumière le rôle infirmier promoteur de la santé. Le rôle promoteur de la santé est l'une des sept compétences du référentiel des compétences des soins infirmiers et pourtant c'est un sujet qui reste vague et mal compris par les professionnels de la santé. Malgré les stratégies proposées dans la charte d'Ottawa, une difficulté pour sa mise en pratique quotidienne reste observable. Des obstacles et des moyens permettant la pratique de la promotion de la santé ont été développés dans plusieurs recherches ainsi que durant l'analyse des études développées pour cette revue de littérature.

Plusieurs stratégies favorisant la pratique et le rôle promoteur de la santé ont été exposées telles que la formation des infirmières quant à la promotion de la santé, l'importance du développement de l'éducation au patient de façon pédagogique dialogique, le développement d'un empowerment communautaire pour faciliter le plaidoyer infirmier, l'organisation des services de santé dans une optique de promotion de la santé et finalement favoriser la collaboration pluridisciplinaire et hiérarchique impliquant la participation et le soutien de tous. L'utilisation de ces stratégies est transférable dans tout service confondu.

Dans la discussion, nous relevons à plusieurs reprises qu'il suffit de considérer le patient pour être dans une posture promotrice de la santé. Selon nous, cela reflète d'une question éthique, qui fait partie de l'axe idéologique de la promotion de la santé. En 2020, la Charte d'Ottawa existe depuis 34 ans, ne mérite-t-elle pas certaines modifications permettant de rendre la pratique de la promotion de la santé plus facile? C'est pourquoi nous nous permettons d'imaginer l'axe idéologique comme une 6^{ème} stratégie de la Charte d'Ottawa pour l'avenir.

Références

Afshari, A., Ghahnaviyeh, L. A., & Khezeli, M. (2019). *Health promotion perception among health-care providers working in educational hospitals of Isfahan , Iran : A qualitative study*. 1–6. <https://doi.org/10.4103/jehp.jehp>

Association canadienne de santé publique. (2010). *La pratique infirmière en santé publique : en santé communautaire au Canada Rôles et activités* (4^e éd.). Canada : Ottawa.

Attitude. (n.d.). Dans Le Larousse en ligne. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attitude/6295?q=attitude#6280>

Belletti Figueira, A., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Dalmolin, G. de L., Amarijo, C. L., & Ferreira, A. G. (2018). Actions for health advocacy and user empowerment by nurses of the Family Health Strategy. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 52, 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021603337>

Benemar, R., Buzaku, X., & Mannaerts, D. (2008). *Action communautaire en santé et participation*. Cultures&Santé.

Benemar, R., Buzaku, X., & Mannaerts, D. (2009). L'empowerment. *Cultures&Santé*.

Biro, P., Dervaux, M. P., & Pegon, M. (2005). *Le modèle de McGill*. 28–38. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-1-page-28.htm>

Blais, M. (2006). *Changement du paradigme de la santé publique et transformations de la forme de l'état* (Mémoire). Université du Québec à Montréal, Canada.

Burckhardt, T., & Monod, L. (2013). *La démarche de soins infirmière à la Haute Ecole de Santé Genève : Facteurs facilitant un apprentissage* (Travail de Bachelor). Haute École de Santé Genève, Suisse.

Casey, D. (2007). Nurses perceptions, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 1039–1049. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01640.x>

Cayouette, A. (2009). *Compte rendu de lecture : Empowerment et intervention de Ninacs W.* (Vol. 1).

Déchaney, N. (2020). *Rénovation du module "Développer la posture de promotion de la santé" en 3^{ème} année Bachelor of science en soins infirmiers* (CAS en pédagogie de l'enseignement supérieur). Haute école de gestion de Fribourg, Suisse.

- Deschryver, N., & Lameul, G. (2016). Vers une opérationnalisation de la notion de posture professionnelle en pédagogie universitaire. *Revue Internationale de Pédagogie de l'enseignement Supérieur*, 32(3). <https://doi.org/10.4000/ripes.1151>
- Eyre, R., & Gauld, R. (2003). Community participation in a rural community health trust : the case of Lawrence , New Zealand. *Health Promotion International*, 18. <https://doi.org/10.1093/heapro/dag014>
- Fereidouni, Z., Sarvestani, R. S., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M., & Kalyani, M. N. (2019). *Moving Into Action : The Master Key to Patient Education*. 27(1), 1–8.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. (S.l.) : (s.n.).
- Georges, A., Villa, O., Amstutz, D., & Gendre, A. (2020). *La promotion de la santé – efs*. Retrieved from <https://www.environnements-sante.ch/le-projet/#4>
- Goulet, D. (2002). Le mouvement hygiéniste au Québec. *Cap-aux-Diamants*, (70), 17–20.

- Haute Autorité de santé. (n.d.). Présentation générale.
<https://doi.org/10.4000/books.septentrion.91243>
- Heidemann, I. T. S. B., Alonso da Costa, M. F. B. N., Hermida, P. M. V., Marçal, C. C. B., Antonini, F. O., & Cypriano, C. C. (2019). Health promotion practices in primary care groups. *Global Health Promotion*, 26(1), 25–32.
<https://doi.org/10.1177/1757975918763142>
- Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (2004). Efficacité de la promotion de la santé. *Promotion & Education*.
<https://doi.org/10.1177/10253823040110010101x>
- Ischer, P. & Saas, C. (2019): *La participation en matière de promotion de la santé*. Document de travail 48. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L., & Weinehall, L. (2010). *Reorientation to more health promotion in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals*. 213–224.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S14900>
- Jorro, A. (2016). *Postures professionnelles des conseillers en évolution professionnelle*. 32(3). Retrieved from <http://journals.openedition.org/ripes/1131>
- Kerspern, M. (2011). *Développer une posture de promotion de la santé chez les étudiants Bachelor en soins infirmiers en élaborant un projet de promotion de la santé avec une population* (Mémoire de maîtrise d'études avancées en Santé publique). Université de Genève, Suisse.
- Kerspern, M.-N. (2018). La salutogenèse. Retrieved from [https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2017/modf/archi/8/Documents de cours/SICS Promotion de la santé/la salutogenèse.pdf](https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2017/modf/archi/8/Documents%20de%20cours/SICS%20Promotion%20de%20la%20sant%C3%A9/la%20salutogen%C3%A8se.pdf)
- Kerspern, M.-N. (2020). Guide de l'étudiant-e pour le projet du Module 20 Bachelor: Le rôle promoteur de santé dans un contexte de crise sanitaire. *Heds-FR*.
- Kickbusch, I. (2007). Vers une nouvelle santé publique. *Promotion et éducation*, 14(40)
- Lameul, G. (2016). Postures et activité du sujet en formation: de l'intention au geste professionnel. *Revue Internationale de Pédagogie de l'enseignement*, 32(3). Retrieved from <http://journals.openedition.org/ripes/1160>
- Lameul, G. (2016). Postures et activité du sujet en formation: de l'intention au geste professionnel. *Revue Internationale de Pédagogie de l'enseignement*, 32(3). Retrieved from <http://journals.openedition.org/ripes/1160>
- Lamoureux, P. (2008). Comment réduire les inégalités sociales de santé ? *La Santé de l'homme*. Retrieved from <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante->

de-l-homme-sept-oct-2008-n-397-comment-reduire-les-inegalites-sociales-de-sante

- Loiselle, C. G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitative et qualitative*. Saint-Laurent (Québec): ERPI.
- Longpré, C., Forté, D., O'Doherty, C., Vissandjée, B. (1998). *Projet d'empowerment des femmes. Conception, application et évaluation de l'empowerment (phase 1)*. Consortium Université Montréal, Origine: <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/cesaf/projet-empowerment.pdf>
- Longtin, M., Richard, L., & Bisailon, A. (2006). *L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière*. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-4.htm>
- McLellan, J. M., O'Carroll, R. E., Cheyne, H., & Dombrowski, S. U. (2019). *Investigating midwives' barriers and facilitators to multiple health promotion practice behaviours : a qualitative study using the theoretical domains framework*. 1–10.
- Messmer-Al Abed, N. (2013). Promotion de la santé et formation infirmière, quels défis? Cas de l'infirmière dans une haute école de santé (HES) Suisse. *How Languages Are Learned*, 12(1), 27–40.
- Myers, C. R. (2020). Promoting Population Health: Nurse Advocacy, Policy Making, and Use of Media. *Nursing Clinics of North America*, 55(1), 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.11.001>
- Nilsen, E. R., Olafsen, A. H., Steinsvåg, A. G., Halvari, H., & Grov, E. K. (2016). Stuck between a rock and a hard place: The work situation for nurses as leaders in municipal health care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 153–161. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S100640>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1978). Alma Ata, Les soins de santé primaires. WHO : Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1997). The Jakarta Declaration on : Leading Health Promotion into the 21st Century. <https://doi.org/10.1093/heapro/12.4.261>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. 36. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (n.d.). *Promotion de la santé*. <https://doi.org/10.1016/b978-2-294-71437-5.50156-7>

- Piper, S. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. *Nurse Education Today*, 28(2), 186–193. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.03.010>
- Posture. (n.d.). Dans *Le Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/posture/62965?q=posture#62255>
- Regula, R. (2011). Promotion de la santé : l'histoire d'un concept à succès. *Spectra, Prévention et Promotion de La Santé*.
- Réseau francophone international pour la promotion de la santé. (2012). *25 ans d'Histoire : Les retombées de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé dans divers pays francophones*. Montréal.
- Rootman, I., & Goodstadt, M. (Eds.). (2001). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives* (No. 92). WHO Regional Office Europe.
- Sager Tinguely, C., & Weber, C. (2018). *Précis de chronicité et soins dans la durée* (2^e éd.). France : Lamarre.
- Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education : advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), 311–320.

APPENDICES

Appendices A

Grilles de résumé

Grille de résumé d'un article scientifique

Approches quantitatives et mixtes

Résumé de l'article	
Références complètes (APA style)	Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L., & Weinehall, L. (2010). Reorientation to more health promotion in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. 213–224. https://doi.org/10.2147/JMDH.S14900
But(s) de la recherche	Analyser l'engagement des professionnels de santé suédois en faveur d'un service de santé plus favorable à la santé et de mettre en lumière les obstacles important à l'exercice d'un rôle promoteur de santé dans la pratique quotidienne.
Devis de recherche	Mixte (questionnaire qualitatif sur 1810 personnes □ 951 répondants après coup).

Contexte Population et échantillon	<p>1810 participants professionnels de santé qui travaillent de jour en pratique clinique représentent 8 groupes professionnels différents (conseillers n=141, diététiciens n=29, sages-femmes n=138, infirmières n=409, ergothérapeutes n=135, physiothérapeutes n=224, psychologues n=114 et médecins n=303).</p> <p>Après coup -> 951 répondants : 19 diététiciens, 141 physiothérapeutes, 70 psychologues, 317 infirmières et sages-femmes, 80 conseillers, 121 médecins.</p>
Instruments de mesure utilisés	<p>Questionnaire en trois parties utilisant les perceptions trouvées dans une étude qualitative précédente de Johansson et al, testé par 20 professionnels de santé ayant de l'expérience éducative et professionnelles variées (pour juger la clarté et pertinence des questions). La version finale du questionnaire est envoyée au domicile des 1810 participants.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluation des variables démographiques (sexe, date de naissance, profession, année d'exercice de profession, lieu de travail (hôpital, centre de soins de santé primaires et autre), domaine de travail (travail clinique, recherche, enseignement). 2. Sept éléments liés au rôle promoteur de santé et de prévention des maladies donc quatre présentés dans cet article. Afin de déterminer l'attitude générale des professionnels de la santé à l'égard d'une plus grande promotion de la santé et de la prévention des maladies dans les services de santé, il leur a été demandé d'évaluer une liste d'énoncés sur une échelle de Likert à 4 points ("tout à fait d'accord", "partiellement d'accord", "partiellement en désaccord", "pas du tout d'accord"). Les réponses sont dichotomisées en « d'accord » et « pas d'accord ». <p>La volonté de développer des rôles de promotion de santé et prévention des maladies est mesurée par une question : Travaillez-vous dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention des maladies dans la mesure où vous le souhaitez ? « oui/non, je veux travailler moins/non, je veux travailler plus ». Ceux qui ont répondu « non, je veux travailler davantage » ont également été invités à indiquer les obstacles aux rôles de promotion de santé/prévention des maladies dans la pratique quotidienne en sélectionnant un nombre quelconque de 12 obstacles potentiels.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Quatre questions sur le concept de santé [...]
Intervention (si présente)	<p>Pas d'interventions présente dans cette étude.</p>
Tests statistiques utilisés	<p>Le logiciel PASW Statistics 18 (SPSS Inc., Chicago, IL) a été utilisé pour les analyses descriptives.</p> <p>Les poids d'échantillonnage pour chaque groupe professionnel ont été utilisés pour estimer les proportions (c'est-à-dire le nombre dans la population cible/le nombre de répondants).</p> <p>Les tests χ^2 ont été utilisés pour comparer les groupes.</p> <p>Les valeurs P, 0,05 ont été considérées comme significatives. Étant donné que des poids ont été utilisés pour l'estimation des proportions, le logiciel Stata 10 (Stata Corp, College Station, TX) a été utilisé pour calculer les valeurs P qui ont servi à la pondération.</p>
Résultats principaux	<p>Taux de réponse et caractéristiques des répondants : 24 personnes ont été exclues car ne répondaient pas aux critères d'inclusion (ne travaillant pas pdt la journée en pratique clinique). Pour plusieurs raisons, le groupe répondant est composé de 951 personnes au final dont : 79% de femmes et 21% d'hommes dont: 19 diététiciens, 141 physiothérapeutes, 70 psychologues, 317 infirmières et sages-femmes, 80 conseillers, 121 médecins.</p> <p>L'âge moyen est de 45 ans (24-68 ans), moyenne d'année de profession 16 (0-42 ans). 71% travaillent en hôpitaux, 25% dans des centres de soins de santé primaires, et 4% dans</p>

d'autres types d'établissements. « 0% sont impliquées dans la recherche et 22 dans l'enseignement.

Attitudes à l'égard d'une meilleure promotion de la santé dans les services de santé :
 -96% estiment que les services de santé influencent le développement de la santé à long terme au sein de la population,
 -93% pensent que la promotion et prévention sont la responsabilité de l'ensemble des services de santé,
 -45% du personnel hospitalier pensent que les services de santé devraient faire de la prévention la priorité plutôt que les TTT,
 -69% du personnel de soins de santé primaires pensent que les services de santé devraient faire de la prévention la priorité plutôt que TTT,
 -92% ont convenu que l'orientation vers la santé, en tant que stratégie, est nécessaire pour fournir des soins de santé plus efficaces,
 -Les hommes et les médecins ont une attitude moins positive à l'égard d'une + grande promotion de la santé dans les services de santé.

4. Volonté de faire plus de promotion de la santé et prévention des maladies :
 -50% ont déclaré qu'elles travaillaient dans le domaines de PS et prévention des maladies dans la mesure où elles le souhaitent, 2% ont déclaré qu'elles voulaient travailler moins et 45% étaient prêtes à se concentrer plus sur la PS et prévention des maladies

5. - la volonté de faire la PS et prévention des maladies a été plus souvent signalé par les femmes que par les hommes et par le personnel de soins de santé primaires que par le personnel hospitalier.
 -La majorité estime que les services jouent un rôle majeur dans le développement de la santé à long terme.
 -Environ la moitié se sont déclarés prêts à développer leur propre rôle PS et de prévention, une étude antérieure a montré que les infirmières les plus intéressées par le développement étaient celles qui pratiquaient déjà la PS de manière routinière.

6. -Ceux qui travaillent en soins de santé primaires sont plus intéressés par le développement de la PS que le personnel hospitalier □ important de clarifier les avantages de la PS dans le cadre hospitalier. Bensberg & al. illustrent de nombreuses possibilités pour améliorer la PS dans les services d'urgence hospitalier.
 -Les femmes médecins sont plus intéressées que les hommes médecins car les femmes sont plus orientées vers la prévention et communication facilite différents types de rencontre. Les hommes sont moins susceptibles d'adopter des croyances et des comportements plus sains que les femmes. Le concept et signification varie en fonction du sexe. La PS est fortement associée à un engagement processus et communication à long terme et donc plus attrayant pour les femmes.
 -Domaine pluridisciplinaire généralement associé aux infirmières de santé primaire et aux médecins mais les résultats montrent que les autres groupes se perçoivent importants fournisseurs de soins.

7. Obstacles à la promotion de la santé dans la pratique :
 En moyenne on a signalé 3 obstacles sur 12, on montre que l'obstacle le plus souvent signalé est la charge de travail élevée (70 %), suivie par l'absence de lignes directrices (47 %) et des objectifs peu clairs (40 %), que 65 % des infirmières travaillant dans des centres de soins de santé primaires et 44 % des médecins travaillant dans des hôpitaux ont déclaré des compétences limitées.

□ la littérature révèle que le manque de temps/ lourde charge de travail est un obstacle couramment rencontré dans la pratique de la promotion de la santé, dans cette étude elle est présentée comme la contrainte principale dans tous les groupes professionnels et était encore plus importante pour le personnel des soins de santé primaires que pour le personnel hospitalier. Trop peu de temps avec chaque patient et pas assez de temps pour se concentrer sur la promotion de la santé pendant les soins d'urgence (tant que personne n'exigera l'accès aux efforts de la promotion de la santé, les soins curatifs seront prioritaires car les besoins sont plus évidents et exigent souvent une action immédiate).

□ L'absence de lignes directrices et le manque de clarté des objectifs ont été les deuxièmes et troisièmes raisons invoquées comme obstacles. Des objectifs et étapes concrètes clairement définis augmentent la possibilité d'une vision commune de la

	<p>mission, facilite la priorisation, coordination et la rationalisation. Des données probantes doivent être appliquées plus largement, car existe des possibilités évidentes pour prévenir les maladies.</p> <p>□ manque de compétences n'est pas un problème majeur, mais quand même relevé chez les médecins qui se sentent moins compétents pour traiter les question de PS et prévention, peut-être parce que leur métier est plus orienté vers la médecine. Le fait que des compétences limitées soient significativement associées à un nombre d'années, la PS doit être renforcée dans les programmes de formation de base.</p>
Forces, limites, Niveau de preuve	<p>(-) 8 Groupes différents de participants / il existe différentes interprétations de ce qui constitue la promotion de la santé et les relations entre la promotion de la santé et la prévention des maladies / Cook et al -> réponses aux enquêtes postales auprès des professionnels de la santé étaient faibles et probablement en baisse / taux de réponse plus élevé parmi le personnel de soins de santé primaires que parmi le personnel hospitalier / non-répondants en raison de congés de maladie et d'absence de longue durée, de cessation d'emploi etc. / questionnaire prenait beaucoup de temps et certaines question nécessitent une attention particulière, ce qui peut avoir contribué à certaines décisions de ne pas répondre.</p> <p>□ Bien qu'il y ait la moitié prêt à développer leur rôle de promoteur de santé on ne peut pas s'attendre à ce que tous aient comme objectif personnel de travailler d'avantage la PS et prévention</p> <p>(+) Perception de la promotion de la santé d'autres professionnels de santé, dont celle des médecins. Intéressant de voir que même les médecins ont de la peine à s'approprier la PS donc il y a un « problème » plus haut dans la hiérarchie.</p> <p>Niveau de preuve : Ce sont des professionnels de la santé qui répondent à un questionnaire qualitatif de promotion de la santé. C'est donc une étude individuelle, étude de cas, avis d'expert.</p>
Commentaires en rapport avec la question de recherche de votre travail	<p>Quelques conclusions et implications pratiques qui ont un lien avec notre question de recherche : Un rôle important de leadership consiste à fournir une orientation, c'est-à-dire à clarifier la vision et la stratégie, et à susciter et à saisir l'intérêt et l'engagement pour le travail.</p> <p>La direction a un rôle majeur à jouer en tirant parti des connaissances et des intérêts de ces professionnels, pour donner la possibilité de participer à une pratique de la PS. Le soutien de la direction est essentiel pour la disponibilité du temps et des autres ressources nécessaires aux professionnels de la santé pour s'engager dans la promotion de la santé.</p> <p>Les médecins masculins qui travaillent dans les hôpitaux représentent une grande proportion de ceux qui ne sont pas intéressés à développer leur propre rôle de promotion de la santé. Ce groupe possède souvent des positions de pouvoir. Il est donc important d'examiner comment ils peuvent être impliqués dans le processus de changement de manière active et positive.</p>

Grille de résumé d'un article scientifique

Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	<p>Belletti Figueira, A., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Dalmolin, G. de L., Amarijo, C. L., & Ferreira, A. G. (2018). Actions for health advocacy and user empowerment by nurses of the Family Health Strategy. <i>Revista Da Escola de Enfermagem</i>, 52, 1–8. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021603337</p>

Introduction Problème de recherche	La question de recherche principal est la suivante : Quelles sont les actions de plaidoyer en faveur de la santé et d'autonomisation des utilisateurs menées par les infirmières FHS au Brésil ?
Recension des écrits	Afin de justifier cette recherche, il convient de noter qu'aucune étude n'a été trouvée concernant les actions des infirmières en matière de défense de la santé et d'autonomisation des utilisateurs dans le FHS.
Cadre théorique ou conceptuel	l'advocacy et l'empowerment
Question de recherche/buts	Quelles sont les actions de plaidoyer en faveur de la santé et d'autonomisation des utilisateurs menées par les infirmières FHS au Brésil ? Cette étude visait à comprendre les actions de plaidoyer en matière de santé et d'autonomisation des utilisateurs développées par les infirmières FHS au Brésil.
Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'une recherche qualitative, descriptive et exploratoire.
Population, échantillon et contexte	Celle-ci a été menée avec des infirmière travaillant au FHS dans une municipalité du sud du Brésil. Critères d'inclusion : être une infirmière et travailler professionnellement au FHS pendant au moins 6 mois 15 infirmières ont été sélectionnées par échantillonnage de commodité non probabiliste en effet boule de neige ont participé à l'étude.
Méthode de collecte des données	Des entretiens semi-structurés ont eu une durée moyenne de 40 minutes chacun. Les participants avaient autorisé l'enregistrement des entretiens qui dans un premier temps, contenaient des questions fermées pour obtenir les caractéristiques des participants. Ils ont ensuite répondu à des questions ouvertes dans le but d'observer les aspects pouvant présenter des actions de défense de la santé et de responsabilisation des utilisateurs par les infirmières du FHS.
Déroulement de l'étude	L'analyse des données s'est déroulée à partir des transcriptions des entretiens en utilisant l'analyse textuelle discursive, sous forme d'une méthodologie d'analyse qualitative des données qui vise à produire des nouvelles compréhensions sur les discours et les phénomènes, en s'insérant entre les extrêmes de l'analyse du contenu et l'analyse du discours.
Considérations éthiques	Les participants ont signé le formulaire de consentement clair et éclairé, en étant pleinement informés de tous les éléments constitutifs de l'étude et de la possibilité de retirer leur participation à tout moment.
Résultats Traitement/ Analyse des données	Concernant l'analyse des données des entretiens avec les 15 participants ont été réalisé, trois catégories se sont dégagées : la participation des utilisateurs, l'environnement sanitaire et les actions d'Advocacy liées à l'équipe multi professionnelle. En dirigeant les groupes, les professionnels infirmiers stimulent non seulement les utilisateurs à expliquer leurs opinions par rapport aux sujets qui sont discutés, mais aussi à échanger des expériences et des connaissances, et surtout à renforcer les valeurs liées à la citoyenneté et à la garantie des droits exprimés par la loi.
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés en plusieurs points. La participation : La participation des infirmières permet d'étendre la pratique de la défense (advocacy) de la santé, les éléments constitutifs suivant ont été identifiés : Échange de connaissances, éducation à la santé, formation de groupes, visites à domicile et consultation d'infirmières. Il convient de noter que, bien que nombre de ces éléments soient des situations de routine dans les FHS, leur mise en œuvre d'une manière qui renforce l'identité et l'autonomie des utilisateurs génère un contre-mouvement de ces derniers, exigeant des actions spécifiques pour leurs contextes et obligeant les

infirmières à agir de manière à amplifier et à résumer le sens de la défense de la santé, ce qui signifie que les infirmières ne sont pas seulement confrontées au respect des protocoles établis, mais aussi à la recherche et à la stimulation de résultats dans la défense des intérêts des utilisateurs.

La communication :

La défense de la santé s'exerce surtout dans les moments de dialogue avec les usagers pour aider à la communauté à prendre des décisions en matière de santé, visant à garantir la qualité des soins, même si cette action de défense des infirmières peut aller à l'encontre des intérêts de l'équipe de santé. Grâce à un échange entre les parties concernées, les utilisateurs et les infirmières sont mieux à même d'observer le contexte local, ce qui permet aux utilisateurs d'exiger l'efficacité de leurs droits garantis par les politiques publiques par l'intermédiaire des infirmières qui sont les principaux responsables des soins. La communication est un outil important des professionnels du secteur infirmier. Orienter les multiples acteurs vers la meilleure voie en ce qui concerne les possibilités de soins de santé individuels et de la famille/ communauté. Revendiquer les aspects de la promotion de la santé auprès d'autres professionnels et de la communauté.

L'éducation à la santé :

L'éducation à la santé est une autre pratique développée dans le cadre du FHS qui favorise le développement d'actions de sensibilisation des usagers. Selon les participants, elle stimule l'autonomisation des utilisateurs, ainsi que le développement de leur autonomie et de leurs connaissances, les rendant de plus en plus conscients de leur réalité locale et personnelle. L'éducation à la santé vise à accroître la capacité d'autosoins et à mieux gérer la santé individuelle et collective des utilisateurs et ne les éloigne pas du FHS pour répondre à leurs besoins de santé, mais crée plutôt un lien entre eux et avec chaque unité ayant des exigences nouvelles et plus spécifiques, permettant aux infirmières d'avoir l'espace nécessaire pour développer des actions de défense de la santé.

La formation de groupe :

En dirigeant les groupes, les professionnels infirmiers stimulent non seulement les utilisateurs à expliquer leurs opinions par rapport aux sujets qui sont discutés, mais aussi à échanger des expériences et des connaissances, et surtout à renforcer les valeurs liées à la citoyenneté et à la garantie des droits exprimés par la loi. Est vue comme une forme importante de défense de la santé, elle stimule l'autonomie et la responsabilisation des utilisateurs. Un fait qui les rend plus actif et participatifs. Échange d'expérience, discussions sur des questions, utilisation rationnelle des médicaments, stimuler une vie saine, ...

L'idée est la suivante : des sujets courts, dans un espace réduit, mais un lieu où ils peuvent exprimer une question ou partager des informations qui peuvent être importantes, non pas sur un ton de discours, mais comme une conversation, en échangeant des expériences, en favorisant la prise de décision collective.

Dans la consultation des soins infirmiers, nous soulignons la disponibilité des infirmières professionnelles à écouter, à connaître l'utilisateur, à stimuler sa participation aux activités de santé pour améliorer la santé locale, et à lui donner le sentiment d'être le véritable agent de son processus de soins.

Actions multiprofessionnelle :

L'échange de connaissances entre l'équipe multiprofessionnelle est un facteur important car les échanges offrent une vision plus large des problèmes potentiels avec une amélioration conséquente des résultats. Moyen de mieux intervenir sur la santé des usagers, en plus de démontrer que les professionnels peuvent concevoir ensemble des plans thérapeutiques plus efficaces. Permet d'élargir les connaissances et les perspectives, en favorisant de nouvelles alternatives qui peuvent déboucher sur des actions de défense de la santé.

	<p>Connaissances cliniques de l'équipe multiprofessionnelle: La connaissance des besoins locaux, des insuffisances, des usagers et des problèmes spécifiques garantit la prestation de soins adaptés à chaque cas, en fonction de l'expertise de chaque professionnel. □ En discuter pendant les réunions d'équipe. Ainsi, les échanges au sein de l'équipe multiprofessionnelle permettent une meilleure connaissance de la communauté sous le regard de différents professionnels et avec des approches différentes, en plus de concentrer les actions sur des soins holistiques qui valorisent l'individualité de chaque usager et qui qualifient la défense des intérêts de l'usager.</p> <p>Environnements sanitaire:</p> <p>La catégorie environnements sanitaires met en évidence les actions environnementales et locales menées par les infirmières, qui vont au-delà de la routine établie par le FHS, ce qui permet de mener des actions de promotion de la santé en dehors des murs du FHS avec un champ d'action élargi à d'autres espaces communautaires tels que les associations de quartier, les écoles, les jardins d'enfants, les clubs sociaux, les associations et les milieux familiaux, etc. En premier lieu, les actions de promotion de la santé visent à garantir des interactions plus étroites avec la réalité locale et à permettre une meilleure connaissance de la communauté, ainsi qu'une garantie de meilleurs soins dans différents scénarios. Parmi les actions environnementales dans la communauté, la défense politique est perçue comme une forme importante de défense de la santé en recherchant la participation active de la communauté dans la mise en œuvre des politiques publiques et des droits fondamentaux qui aboutissent à l'autonomisation de l'utilisateur dans sa propre communauté. Ces actions visent à exercer l'autonomie de l'utilisateur dans les environnements sociaux eux-mêmes, à renforcer leur identité, à élargir la reconnaissance de leur potentiel et à défendre les intérêts et les droits de ceux dont la vulnérabilité et la dépendance sont avérées.</p> <p>Verbatim: <i>“En fait, demain nous organiserons une pré-conférence sur la santé ici dans l'unité, nous invitons la population à venir participer, à suggérer ses idées, ce qu'elle veut améliorer pour être incluse dans le plan au profit de la communauté. Comme nous avons ce lien avec la communauté, nous connaissons les besoins locaux et nous pouvons donc aller au budget participatif et dire ce qui manque (E14)”</i> → invite aussi la population dans les unités.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Le rôle d'Advocacy a pour objectif de : développer et maintenir des actions de promotion de la santé ; sensibiliser et influencer l'opinion publique sur les questions de santé ; exiger des secteurs responsables le développement de politiques publiques efficaces ; développer des lignes directrices et des procédures qui ont un impact positif sur la santé et réduisent les inégalités en matière de santé ; et stimuler les communautés et les groupes à exprimer leurs besoins, en réclamant des ressources pour des actions de promotion de la santé. La formation de groupes cherche à consolider les connaissances nécessaires aux personnes ayant des demandes spécifiques et ainsi à responsabiliser ces utilisateurs, en vue de les rendre autonomes dans la prise de décision, en particulier en matière d'autodéfense de leur santé □ exige de l'infirmière des connaissances spécifiques en fonction des groupes et des dynamiques de groupe, favorisant ainsi les interactions collectives. La formation de groupes permet une meilleure connaissance des soins de santé et une plus grande participation des personnes à l'organisation de la communauté elle-même, avec un contrôle accru des actions politiques et de la justice sociale, qui se reflète ensuite positivement dans les conditions de vie de la communauté.</p> <p>Il est nécessaire d'améliorer l'efficacité des actions et d'accroître la connaissance de la communauté, de ses besoins et la compréhension de ses exigences quotidiennes. Le travail d'équipe multiprofessionnel au FHS est également identifié, selon les déclarations des participants, comme une action importante pour promouvoir la défense de la santé et l'autonomisation des utilisateurs, étant considéré comme un</p>

	instrument d'intervention sanitaire avec des actions et des pratiques qui sont structurées par l'équipe, tout en amplifiant l'objet de l'intervention au-delà de la portée individuelle et curative.
Forces et limites	Forces : Les résultats peuvent inciter les infirmières professionnelles à réfléchir à leurs actions de défense des usagers des services du FHS, et ils peuvent également indiquer les changements à surmonter pour réussir à défendre les communautés, par exemple en recherchant une plus grande participation aux questions de santé. Limites : cette étude a été menée dans une seule ville du sud du Brésil, et qu'il n'est pas possible de comparer ses résultats avec ceux d'autres villes du pays.
Conséquences et recommandations	Importance de faire des futures études dans d'autres endroits afin de vérifier les performances des infirmières du FHS en tant que défenseurs des usagers et de la communauté, contribuant ainsi à la qualification des pratiques infirmières.
Commentaires	-

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{me} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{me} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Nilsen, E. R., Olafsen, A. H., Steinsvåg, A. G., Halvari, H., & Grov, E. K. (2016). Stuck between a rock and a hard place: The work situation for nurses as leaders in municipal health care. <i>Journal of Multidisciplinary Healthcare</i> , 9, 153–161. https://doi.org/10.2147/JMDH.S100640
Introduction Problème de recherche	Le manque de main-d'œuvre prévu dans le secteur des soins de santé.
Recension des écrits	Les infirmières chefs du service de santé municipal ont beaucoup de responsabilités et sont très indépendantes dans leurs tâches quotidiennes. Les responsables des soins infirmiers à domicile et des maisons de soins infirmiers sont des cadres supérieurs de maisons de soins infirmiers ou des responsables de services à domicile. Ce sont des cadres supérieurs de grandes organisations et, en même temps, des cadres intermédiaires de l'organisation municipale au sens large.
Cadre théorique ou conceptuel	La théorie de l'autodétermination est utilisée comme outil d'analyse
Question de recherche/buts	L'objectif de la présente étude est d'examiner le rôle des chefs de file infirmiers dans le service de santé municipal. Comment les responsables des soins infirmiers sont-ils soutenus dans leur rôle de leaders dans un cadre de soins de santé municipal ?
Méthodes Devis de recherche	L'étude suivante est une recherche qualitative se caractérisant par la description, la réalisation, l'interprétation ou la déconstruction des qualités de l'expérience humaine.
Population, échantillon et contexte	Des infirmières chefs. L'échantillon était composé de sept femmes et deux hommes ; cinq d'entre eux étaient des responsables de maisons de retraite et quatre de services de soins à domicile. Les participants représentaient à la fois les petites et les grandes

	<p>municipalités, ainsi que les municipalités rurales et urbaines. Ils étaient tous infirmiers de profession et avaient entre 2 et 12 ans d'expérience en tant que responsables de services de soins de santé.</p>
Méthode de collecte des données	<p>L'entretien de recherche qualitative est un outil approprié pour enquêter sur l'expérience individuelle. Interrogation des responsables des services de soins de santé municipaux pour découvrir le point de vue des participants sur leur journée de travail en utilisant une perspective éémique. Pour saisir la complexité des services par l'étude du leadership dans son contexte naturel.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Collecte des données :</p> <p>Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens qualitatifs et individuels avec neuf responsables municipaux des soins infirmiers. Les informateurs ont été sélectionnés en raison de leur rôle de personnel clé et de leur responsabilité dans les interactions pratiques de la réforme de la coordination. Les informateurs de l'étude ont été sélectionnés de manière ciblée et théorique.</p> <p>Les participants représentaient à la fois les petites et les grandes municipalités, ainsi que les communes. Ils étaient tous infirmiers de profession et avaient entre 2 et 12 ans d'expérience en tant que responsables de services de soins de santé. Les entretiens qualitatifs individuels nous ont permis de savoir comment ils ont vécu leur position d'infirmiers leaders.</p> <p>Un guide d'entretien a été élaboré en utilisant des concepts de sensibilisation issus de théories qui, ensemble, constituent la compréhension préétablie des chercheurs. Le guide d'entretien a mis l'accent sur quatre thèmes principaux liés au leadership : la compétence perçue, l'apprentissage, la réalisation des objectifs et les conséquences de la réforme de la coordination.</p> <p>Les entretiens semi-structurés ont été utilisés pour permettre à l'informateur de s'exprimer dans ses propres mots.</p> <p>La rédaction de notes de service a été utilisée pendant les entretiens afin de s'assurer que ces premières impressions contribuent aux interprétations ultérieures. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits mot pour mot. Les entretiens se sont déroulés sur une période de 3 mois.</p> <p>Six entretiens ont été réalisés juste avant la mise en œuvre de la "réforme de la collaboration" et trois juste après. D'une durée d'environ une heure, les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des responsables des soins infirmiers.</p> <p>Analyse des données :</p> <p>La méthode comparative constante, qui est une méthode scientifique systématique adaptée pour obtenir une vue d'ensemble de grandes quantités de données, a été choisie comme méthode d'analyse.</p> <p>L'approche des chercheurs a complété la question de recherche en utilisant le cadre théorique développé par Deci et Ryan, pour une analyse thématique déductive, tout en permettant aux thèmes d'émerger directement des données en utilisant le codage inductif, comme recommandé par Fereday et Muir-Cochrane.</p> <p>Lors de la première lecture, les points attirant l'attention des chercheurs ont été mis en évidence pour réduire les données à une quantité gérable et des codes permettant une vue d'ensemble du matériel ont été identifiés.</p> <p>Le texte de chaque interview a été lu en accordant une attention particulière à ces codes, tandis que d'autres sujets primordiaux ont été identifiés. En assemblant les codes, nous avons pris conscience des schémas dans les données.</p> <p>Afin d'obtenir une meilleure vue d'ensemble des catégories, une analyse proche du texte original a été menée, qui a permis d'identifier des liens entre les unités de signification, les sous-catégories et les catégories. Cette analyse a été organisée en</p>

	<p>une matrice de données et les citations les plus informatives parmi celles des informateurs ont été incluses.</p> <p>Lors de la phase de codage sélectif, les chercheurs ont passé en revue les documents à plusieurs reprises afin de découvrir les processus fondamentaux, le sujet principal de la recherche, et de les relier systématiquement aux autres catégories.</p> <p>Les chercheurs ont développé des termes et un modèle qui ont contribué à une meilleure compréhension du phénomène étudié.</p>
Considérations éthiques	<p>Le projet a été approuvé par le Data Service norvégien pour les sciences sociales (approbation éthique n° 28709). Les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé. Les données sont rendues anonymes dans les présentations.</p>
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>Le modèle qui a commencé comme un cadre analytique s'est cependant transformé en une carte descriptive qui saisit les interactions et les relations que la responsable des soins infirmiers a avec ses supérieurs, ses subordonnés et ses pairs.</p>
Présentation des résultats	<p>Leadership : gérer les performances dans un contexte de pénurie</p> <p>Le tableau 1 donne un aperçu de la manière dont les extraits de données sont classés par sous-thèmes et thèmes. Le tableau met en évidence la relation entre les responsables des soins infirmiers et leurs supérieurs et subordonnés, en plus de leur interaction avec leurs pairs.</p> <p>Le directeur municipal de la santé est perçu par les responsables des soins infirmiers comme étant uniquement axé sur les budgets et les questions pécuniaires et la relation avec les subordonnés est, elle, qualifiée comme étant proche.</p> <p>Relation avec le supérieur hiérarchique : gestion par courrier électronique</p> <p>Des réunions entre le chef de soins infirmier et le supérieur (directeur municipal de la santé) toutes les 2 semaines ont différentes interprétations. Un autre informateur considère ces réunions comme des occasions de partage d'informations et que c'est à peu près le seul endroit où l'on partage des informations (informateur C). L'accent est mis sur le transfert d'informations dans un contexte caractérisé par une approche "descendante ».</p> <p>La relation avec les subordonnés : disponibilité et respect</p> <p>L'interaction sur demande semble s'appliquer également à l'interaction entre le chef infirmier et ses subordonnés □ Au sein de l'organisation.</p> <p>Dans ce service, il y a beaucoup de gestion basée sur l'intention puisqu'ils travaillent de manière indépendante et autonome.</p> <p>Si besoin les collègues appelleront l'infirmière de jour coordinatrice de service. Il faut être compétent pour savoir ou demander de l'aide. □ Demander de l'aide à des collègues, pour des questions de petite ou de grande envergure, semble être une caractéristique marquante de l'environnement de travail.</p> <p>La relation avec les pairs : professionnelle et personnelle</p> <p>Obtient son soutien porte sur les relations horizontales avec les autres responsables des soins infirmiers. Ils font un peu de coaching les uns pour les autres. Discussion au sein du service de soins à domicile pour donner de bons conseils tactiques.</p> <p>Il y a une importance d'aborder la question du Leadership en général. Malheureusement la priorité n'y est pas mise ce qui fait que l'on peut avoir la sensation d'être seul.</p> <p>Les leaders infirmiers trouvent utile l'interaction avec leurs pairs du domaine des soins de santé, mais ce n'est pas le cas avec les rassemblements interdisciplinaires.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les principales conclusions concernant la description du rôle et des interactions des infirmières dirigeantes peuvent être classées en deux catégories : la gestion des performances en situation de crise et les relations avec les supérieurs, les subordonnés et les pairs.</p>

Les interactions liées au travail sont des sources potentielles de satisfaction des besoins psychologiques de base, c'est-à-dire **l'autonomie, la compétence et les relations pour les leaders infirmiers**.

Toutefois, ces sources ne répondent que dans une certaine mesure aux besoins psychologiques.

Les structures de contrôle :

La relation avec le supérieur est rare et se caractérise, dans une large mesure, par des mécanismes de contrôle comme la focalisation sur les budgets. En outre, la pression pour des résultats spécifiques et nouveaux que représente la nouvelle réforme semble mettre au défi les responsables des soins infirmiers en termes d'extrême attention portée à l'efficacité pour effectuer des tâches avancées, soutenir et former le personnel, ainsi que pour respecter les cadres budgétaires. La relation est caractérisée par une interaction ad hoc et une interaction à la demande.

L'admiration des subordonnés et le soutien des pairs :

La relation est caractérisée par la supervision et les soins de la chef de file infirmière, mais la chef de file infirmière a également exprimé que l'interaction avec les subordonnés représente un "foyer" pour elle. Cette interaction est fréquente, et est similaire à ce que Grill & al a trouvé dans une étude sur l'utilisation du dialogue pour les leaders de première ligne.

Cette interaction fréquente contraste fortement avec le manque d'interaction que la responsable des soins infirmiers a avec le directeur municipal de la santé.

Les chercheurs suggèrent que le soutien qu'elles reçoivent de leurs subordonnées peut donner aux infirmières chefs le sentiment d'être compétentes et d'avoir un lien avec leur travail.

En outre, le contact et l'interaction qu'ils ont avec leurs pairs, ici les infirmières chefs d'autres services et institutions de soins de santé de la municipalité, sont perçus comme remplaçant le manque de contact avec leurs supérieurs.

Cette entrave à l'autonomie peut être impossible à soulager pour les pairs. La responsable des soins infirmiers est donc forte dans un sens, mais vulnérable dans un autre.

Coincé entre le marteau et l'enclume :

Sur la base de nos conclusions, nous affirmons que le soutien à l'autonomie de la part des subordonnés et des pairs ne peut pas compenser entièrement le manque de soutien d'un niveau organisationnel supérieur, le directeur municipal de la santé.

Au travail, on est toujours lié à certaines directives structurelles basées sur la hiérarchie que l'organisation représente, et les pairs ne sont pas en mesure de donner les mêmes autorisations, et ainsi de suite en tant que patron. Cela peut être particulièrement important pour les responsables des soins infirmiers dans cette étude, qui sont liés au budget dans presque tout ce qu'ils font.

□ le soutien horizontal peut ne pas suffire à satisfaire les trois besoins fondamentaux. En ce qui concerne le service de santé municipal, nos conclusions suggèrent que le besoin d'autonomie est contrecarré, ou du moins non satisfait. □ Vient de la structure organisationnelle et du caractère de la relation, qui entravent la communication et réduisent la possibilité d'accomplir sa tâche de manière autonome. Lorsque le soutien des supérieurs consiste plus ou moins uniquement à contrôler les structures, comme le montrent nos données, cela aura une influence négative sur la qualité de la motivation des responsables des soins. Plus précisément, le fait de contrecarrer l'autonomie de leurs chefs peut réduire la motivation autonome, et comme le soutient SDT, la satisfaction du besoin d'autonomie détermine en fin de compte la qualité de la motivation de chacun.

Peut engendrer des conséquences sur la santé telles que l'épuisement professionnel, la somatisation et l'absentéisme, et se traduire par des congés de maladie ou une rotation du personnel. En outre, la réalisation des objectifs peut être affectée de

	manière négative, ce qui est regrettable pour la municipalité et les objectifs de la nouvelle réforme. En particulier lorsque le besoin d'autonomie est contrecarré, les responsables des soins infirmiers peuvent ne pas percevoir qu'ils ont la capacité ou les ressources nécessaires pour atteindre leurs objectifs, et se retrouveront coincés
Forces et limites	-
Conséquences et recommandations	Bien que cette étude soit basée sur une conception qualitative et que nous ne puissions pas généraliser à partir de ces données, il y a des raisons de croire que ces résultats sont transférables à d'autres contextes, par exemple à des contextes éducatifs à différents niveaux.
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	er, S. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. <i>Nurse Education Today</i> , 28(2), 186–193. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.03.010
Introduction Problème de recherche	L'objectif de la recherche était de découvrir et de comprendre le sens que les infirmières donnent à l'éducation et à la promotion de la santé et d'établir comment celles-ci s'inscrivent dans le langage, la théorie et la pratique existants.
Recension des écrits	Un nombre limité d'études ont également été menées sur l'éducation/ promotion de la santé en milieu hospitalier. Macleod Clark et al. (1991) et Latter et al. (1992) ont indiqué que la pratique de l'éducation à la santé se limitait aux catégories de l'éducation des patients, de la fourniture d'informations et de conseils sur un mode de vie sain plutôt que d'encourager la participation des patients et des familles aux soins. Wilson-Barnett et Latter (1993) ont également constaté que les aspects plus contemporains et plus larges de l'éducation à la santé tels que la collaboration, la participation et l'autonomisation n'étaient pas inclus. Cela est conforme aux conclusions de Gott et O'Brien (1990), Maidwell (1996) et Twinn et Lee (1997) en reflétant un modèle médical et didactique d'interaction infirmière / l'interaction avec le patient avec Twinn et Lee (1997) avancent que les infirmières ont limité leur définition de l'éducation à la santé à l'information du patient
Cadre théorique ou conceptuel	En définissant la promotion de la santé, la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) a élargi le débat en mettant l'accent sur une approche de la population, un accent sur la politique sociale, le développement communautaire, la participation du public et le travail en partenariat entre les organisations, ainsi que sur la combinaison du choix personnel et de la responsabilité sociale. Elle était importante car elle représentait une rupture par rapport au modèle médical et une position socio politique prônant le transfert du pouvoir des bureaucraties vers les personnes (Green et Raeburn, 1988). Elle a ainsi élargi et redéfini le concept de la politique publique saine (Jones, 1997).

Question de recherche/buts	L'objectif de l'étude était d'explorer la définition et la signification que les infirmières hospitalières donnent à l'éducation à la santé et à la promotion de la santé et d'examiner comment celles-ci s'inscrivent dans le langage et la théorie existantes.
Méthodes Devis de recherche	<p>Etude qualitative.</p> <p>Les données qualitatives ont été recueillies par le biais d'entretiens individuels et de groupes de discussion ainsi que par la technique des incidents critiques (CIT) (Flanagan, 1954). Les entretiens de groupe se sont révélés particulièrement adaptés à l'objectif théorique de l'étude en facilitant l'exploration et la clarification du langage et de la signification de l'éducation/promotion de la santé par le dialogue et le partage des perceptions et des réactions à la contribution des autres.</p> <p>Données ont été collectées à partir de comptes rétrospectifs en utilisant le questionnaire qualitatif de Benner (1984) qui a développé la technique pour ses recherches sur niveaux d'expertise en soins infirmiers et par entretien.</p>
Population, échantillon et contexte	Les trente-deux participants travaillaient tous dans un hôpital de soins aigus et ont fait l'objet d'un échantillonnage ciblé dans toute la structure de classement clinique et de gestion, ainsi que dans des établissements de soins aigus et d'urgence, de personnes âgées, d'oncologie et de santé sexuelle. L'intention était de créer la possibilité de générer une gamme de variables analytiques et de tester leur degré de concordance avec les définitions et la théorie existantes plutôt que de parvenir à une compréhension commune.
Méthode de collecte des données	Les données ont été collectées à partir de comptes rétrospectifs en utilisant le questionnaire qualitatif de Benner (1984) qui a développé la technique pour sa recherche sur les niveaux d'expertise en soins infirmiers et par entretien (Woolsey, 1986 ; Norman et al., 1992).
Déroulement de l'étude	Les entretiens individuels et les groupes de discussion enregistrés ont été transcrits, codés et analysés à la fois en utilisant les lignes directrices du manuel de Hycner (1985) et des logiciels de données qualitatives assistées par ordinateur (QSR NUD* IST Vivo) pour faciliter la triangulation des analyses. L'utilisation des lignes directrices de Hycner (1985) impliquait d'écouter les entretiens pour avoir une idée de l'ensemble, en délimitant des unités de c'est-à-dire, éliminer les licenciements, regrouper des unités de signification pertinentes et d'identifier et de contextualiser des thèmes à partir de ces dernières. Le guide d'entretien s'inspire du cadre des indicateurs de qualité de la Société des spécialistes de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé (Totten, 1992). Le cadre a été conçu pour mesurer et contrôler le processus et les résultats de la promotion de la santé et pour aider à clarifier les objectifs opérationnels de l'intervention à différents stades du processus. Le CIT est un processus systématique, ouvert, verbal ou écrit (Norman et al., 1992) qui peut être utilisé pour développer la théorie dans la recherche interprétative exploratoire (Woolsey, 1986). Flanagan (1954) a souligné que le CIT est une méthode flexible d'observation du comportement humain qui doit être modifiée et adaptée selon les besoins et non un ensemble de règles rigides pour la collecte de données.
Considérations éthiques	Le travail sur le terrain a été mené conformément aux directives éthiques universitaires pour la recherche à utiliser lors de la réalisation de recherches sur des sujets humains et a été approuvé par le comité de diplôme de recherche approprié.
Résultats Traitement/ Analyse des données	Les entretiens individuels et les groupes de discussion enregistrés ont été transcrits, codés et analysés à la fois en utilisant les lignes directrices du manuel de Hycner (1985) et des logiciels de données qualitatives assistées par ordinateur (QSR NUD* IST Vivo) pour faciliter la triangulation des analyses.
Présentation des résultats	Le rôle de l'infirmière en tant qu'informateur était le thème central des conclusions et de la pratique de l'éducation à la santé et impliquait la diffusion d'informations au patient afin d'accroître les connaissances et la compréhension de la maladie, du

diagnostic, du pronostic et du traitement et d'aider à la prise de décision. Il sous-tendait les deux sous-thèmes du changement de comportement et de l'autonomisation.

Changement de comportement:

Le premier vise à obtenir des résultats comportementaux définis par l'infirmière et donc une conformité thérapeutique et une autogestion en accord avec ceux-ci par les patients. Cet objectif a été atteint par l'information, l'enseignement aux patients et la sensibilisation dans le cadre de la prévention secondaire et reposait sur l'hypothèse que les patients étaient libres de choisir leur comportement et leur mode de vie liés à la santé/maladie.

Autonomisation:

Inclus notamment à aider les patients à comprendre leur situation, à penser positivement, à leur apporter un soutien psychologique, à établir des relations, à développer un partenariat entre l'infirmière et le patient, à configurer les services en fonction des aspirations et de la commodité du patient et à promouvoir la participation à des groupes d'utilisateurs de services et la défense de leurs intérêts. Il s'agissait également d'aider les personnes à connaître les options de traitement disponibles et à faire un choix éclairé, à exercer un certain contrôle en ce qui concerne leur maladie et à faire face aux contraintes et aux handicaps qu'elle leur imposait.

Les résultats les plus surprenants ont été la déviation/ paradigmatiques qui décrivent des interventions atypiques. Le titre de la « pratique stratégique » a été avancé par Tracey lorsqu'il s'agit de travailler à un niveau multidisciplinaire et multi-agences et avec l'industrie pour les changements organisationnels, politiques et opérationnels. Elle comprenait la surveillance de la santé, la liaison avec les autres agences, l'évitement des admissions et donc la pratique stratégique au niveau opérationnel interne.

Advocacy par l'autonomisation:

La défense des intérêts ne consistait pas à défendre les besoins individuels des patients, à les aider à prendre des décisions, à se battre en leur nom pour les interventions thérapeutiques qu'ils souhaitaient ou à résister à la pression des professionnels de la santé pour une ligne de conduite particulière. Il s'agissait d'une autonomisation collective, où l'infirmière a amélioré l'image de marque, fait pression et défendu les intérêts de l'entreprise d'une population de patients hospitalisés désemparés et a défendu leurs besoins car ils n'avaient pas de voix forte et étaient marginalisés.

Education à la santé:

L'éducation à la santé a alors gagné en profondeur et en formalisme, grâce à une base de connaissances médicales. L'accent était mis sur les besoins de santé uniques et spécifiques de chaque patient dans le contexte d'une maladie ou d'une blessure, d'un milieu hospitalier et d'un groupe de clients.

Promotion de la santé:

Pour certains, la promotion de la santé était moins formelle, les interventions spécifiques à un sujet donné pouvaient constituer une partie opportuniste de la pratique infirmière hospitalière et, plus important encore en termes de caractéristique distinctive, n'avaient aucun rapport aux patients présentant une maladie. Contrairement à l'éducation à la santé, la promotion de la santé ne se concentre pas sur les besoins individuels des patients, n'implique pas d'enseignement sur les maladies ou la présentation des problèmes et se préoccupe davantage de la prévention primaire. Il s'agissait notamment de donner des conseils généraux sur les questions de santé, d'aider les gens à gérer les choses négatives de leur vie et de les aider à passer d'un état malsain à un état de bien-être. Bien qu'elle ne soit pas absente de la vie des infirmières des hôpitaux, elle est plutôt considérée comme une activité communautaire. Elle a pris la forme d'interventions de prévention primaire ciblées à plus grande échelle pour l'ensemble de la population, qui utilisent les médias et les

	professionnels de la santé pour fournir des conseils sur ce qu'il faut faire et ne pas faire, les droits et les torts (Frances, infirmière clinicienne principale, santé sexuelle) et la "propagande gouvernementale" sur des questions de santé comme le "tabagisme" et l'alcool au volant". Un participant a exprimé l'opinion que diverses personnes pouvaient être des promoteurs de la santé mais que l'éducation à la santé était le domaine des professionnels de la santé.
Discussion Interprétation des résultats	Les relations interpersonnelles individuelles du changement de comportement et de l'autonomisation concernent les connaissances, les attitudes et le mode de vie liés à la santé des individus, en supposant que ce sont des <u>déterminants clés de l'état de santé</u> . Cependant, en opérant à partir de positions différentes sur le continuum du pouvoir, ils invoquent différents objectifs, méthodes et résultats et donc différents indicateurs de réussite en termes de gain de santé. Le changement de comportement était de haut en bas, «dirigé par des experts», les participants ont maintenu une «distance sociale élevée» (Beattie, 1991, p. 185) et ont tiré leur base de pouvoir de la recherche biomédicale mettant en évidence la relation entre la maladie, les facteurs de risque et le mode de vie et le contrôle de ces derniers et les risques encourus par les individus s'ils ne respectent pas la ligne de conduite prescrite ont été soulignés. Il n'est pas surprenant que l'autonomisation ait été un thème des résultats, car elle reflète le langage d'une grande partie de la santé et les discours sur les soins et développement de la culture du consommateur, du plaidoyer (DoH, 2002) et du «patient expert» (DoH, 2001) dans le NHS au Royaume-Uni. L'accent était davantage mis sur le contrôle et le choix du patient, un modèle d'intervention « Bottom-up » et une « distance sociale » plus faible (Beattie, 1991, p. 185) et incluait le rôle du praticien en tant qu'« avocat » (Beattie, 1991, p. 187) et aider les patients à s'adapter positivement aux changements dans l'état de santé. Néanmoins, cela reste en rapport avec la gestion des maladies et les limites associées et lorsque le choix est facilité, c'est dans la limite des ressources et des options disponibles. En tant que tel, elle représentait l'autonomisation en tant que technologie (Tones, 2001), c'est-à-dire un processus technique, basé sur les compétences impliquant des rencontres en face à face portant sur des stratégies simples et pragmatiques de soutien et de facilitation au quotidien..
Forces et limites	La réorientation de la politique de santé britannique sur la dernière décennie en mettant l'accent sur la promotion de la santé comme une priorité des services de santé et en la plaçant explicitement sur l'agenda des soins infirmiers (par exemple, DoH, 1992, 1993, 1999a,b, 2000), ce qui rend la chose plus significative que jamais. Cette situation peut également être aggravée par l'introduction d'une terminologie contemporaine concurrente telle que le "développement de la santé" et l'introduction récente du terme "santé publique" en relation avec les praticiens travaillant dans la communauté et le programme de partenariat entre agences.
Conséquences et recommandations	(Implication pour la formation des infirmières) Pour l'essentiel, le sens étroit donné à la promotion de la santé par les participants concerne des formes limitées d'intervention et non des activités associées à la Charte d'Ottawa (OMS, 1986), à la littérature générale ou à la santé publique moderne (par exemple DoH, 1999a, b, 2003). Whitehead (2003, 190 S. Piper 2006) fait écho à cette préoccupation en notant que les infirmières ne parviennent pas à conceptualiser la différence entre l'éducation et la promotion de la santé et les significations contemporaines en faveur des perspectives traditionnelles. L'argument avancé ici est que si cette position persiste, et si les éducateurs d'infirmières considèrent les conclusions de cette étude sont transférables et que n'est pas utilisé, alors la voix des infirmières ne peut être entendue par d'autres disciplines (Gottlieb, 1992) et peut devenir "invisible" (Falk Rafael, 1999, cité dans Whitehead, 2006).
Commentaires	-

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche qualitative

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	demann, I. T. S. B., Alonso da Costa, M. F. B. N., Hermida, P. M. V., Marçal, C. C. B., Antonini, F. O., & Cypriano, C. C. (2019). Health promotion practices in primary care groups. <i>Global Health Promotion</i> , 26(1), 25–32. https://doi.org/10.1177/1757975918763142
Introduction Problème de recherche	Les pratiques de promotion de la santé dans les groupes de soins primaires représentent l'une des principales responsabilités de l'infirmière. Ces groupes ont le potentiel de se concentrer sur la santé et de réduire la demande individuelle de consultations médicales et infirmières (9,10). Ces groupes abordent souvent certaines pathologies, telles que le diabète sucré et l'hypertension, et l'infirmière doit apporter une approche de promotion de la santé à la gestion de ces groupes. En tant qu'éducatrices, les infirmières devraient être capables d'analyser de manière critique leur rôle afin de discerner si leurs actions contribuent à la promotion de la santé dans différents groupes socioculturels.
Recension des écrits	La promotion de la santé est un ensemble d'actions qui visent à transformer les conditions de vie et à offrir des possibilités de santé, de bien-être et de l'autonomisation des groupes et des personnes qui sont socialement défavorisés afin d'obtenir une meilleure qualité de la vie (1). Les responsables de la santé et les professionnels peuvent jouer un rôle dans la promotion de la santé lorsqu'ils sont formés à ce processus (1,2). En 1986, la première conférence internationale sur la promotion de la santé a eu lieu à Ottawa, au Canada. Cette conférence a défini la promotion de la santé comme le processus permettant aux gens d'accroître leur contrôle sur leur santé et de l'améliorer. La Charte d'Ottawa décrit cinq actions stratégiques de promotion de la santé : développement et mise en œuvre des politiques de santé publique ; création d'environnements favorables ; renforcement des action communautaire ; développement des compétences personnelles ; et la réorientation des systèmes de services de santé (1).
Cadre théorique ou conceptuel	Le concept de promotion de la santé a été systématisé et diffusé dans les discussions internationales qui défendent les actions intersectorielles et valorisent la santé comme faisant partie de la qualité de vie d'une population. Cependant, malgré l'évolution de ce concept, il reste des difficultés à comprendre les objectifs. Des idéologies erronées subsistent quant à sa conception dans les services de santé, avec des cas fréquents de mauvaise gestion par des professionnels qui limitent la promotion de la santé.
Question de recherche/buts	Sur la base de ce qui précède, la question de recherche est la suivante : quelles pratiques de promotion de la santé ont été développées par des équipes d'infirmières de santé familiale dans une région du sud du Brésil ?
Méthodes Devis de recherche	Il s'agit d'une étude descriptive et exploratoire qui se caractérise par une approche qualitative. Elle est exploratoire car elle vise à expliquer certains concepts ou idées qui sont sous-explorés. La recherche descriptive examine les détails et les caractéristiques d'une population, d'un phénomène ou d'une expérience, et utilise des questionnaires et une observation systématique pour la collecte de données. Ce type

		de recherche vise à observer des faits, à les enregistrer, à les analyser et à les interpréter, ce qui permet d'obtenir de nouvelles informations. Nous avons opté pour une conception qualitative en raison de son potentiel à découvrir de nouvelles significations ou compréhensions d'une question. La collecte de données a été effectuée de février à novembre 2012 dans 10 municipalités.
Population, échantillon et contexte	et	Nous avons interrogé 21 infirmières des unités de santé familiale de ces municipalités. Les infirmières ont été choisies par les coordinateurs des unités et les entretiens ont été menés par des membres du Laboratoire de recherche, d'infirmierie et de promotion de la santé (LAPEPS) ayant reçu une formation préalable.
Méthode de collecte des données	de des	Les entretiens ont été programmés par téléphone, en fonction de la disponibilité des participants, et réalisés individuellement par les chercheurs dans un lieu privé de l'unité de santé qui se prêtait à l'enregistrement.
Déroulement de l'étude	de	Les interviews ont été enregistrées sur support numérique et ont duré environ une heure, en utilisant un script validé et adapté (12), avec des questions ouvertes sur les groupes développés dans l'unité de santé ; les affectations des infirmières ; la formation des infirmières pour mener des groupes de promotion de la santé ; et les méthodes utilisées pour mener des groupes de soins primaires.
Considérations éthiques		En ce qui concerne les aspects éthiques, cette étude est conforme à la résolution n°196/96 du Conseil national de la santé et approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université fédérale de Santa Catarina, dans le cadre du processus n° 2368/11. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement libre et éclairé et, afin de garantir la confidentialité des informations, les participants à cette étude ont été identifiés par la lettre "P" suivie d'un numéro, qui représente la séquence dans laquelle la transcription a été effectuée (P1, P2, à P21).
Résultats Traitement/ Analyse des données	des	Des analyses thématiques ont été utilisées pour l'analyse et l'interprétation des données (13). Après la transcription de toutes les déclarations, elles ont été lues par les chercheurs concernés, ce qui a permis de lancer une pré-analyse et une exploration des données, qui ont ensuite été regroupées en unités thématiques. L'analyse des données a fait ressortir quatre thèmes concernant la nature des pratiques de promotion de la santé dans le domaine de la santé familiale.
Présentation des résultats	des	La formation des infirmières pour la pratique de la promotion de la santé était faible : Lorsque les infirmières que nous avons interrogées ont parlé de leurs connaissances et de leur formation en matière de promotion de la santé, 3 des 21 infirmières ont déclaré qu'elles n'avaient pas reçu une préparation spécifique pour ces pratiques ; 11 ont reçu une préparation pendant leur cursus de premier cycle (principalement pendant leur stage de formation en santé publique) et 14 (certains ont répondu à plus d'une option) ont reçu une préparation pendant des programmes de spécialisation en santé familiale, santé mentale, gérontologie, obstétrique et néonatalogie, santé publique, soins infirmiers au travail ou esthétique. Seules trois infirmières ont reçu une formation sur les pratiques de promotion de la santé dans le cadre de cours de formation continue proposés sur leur lieu de travail Bien que nos personnes interrogées aient été préparées à effectuer des activités de promotion de la santé en groupe au cours de leur formation professionnelle, ces groupes se sont concentrés sur la prévention des maladies plutôt que sur la promotion de la santé. La littérature renforce le fait que l'enseignement universitaire est principalement lié à la pratique clinique. L'éducation centrée sur la maladie et le modèle biomédical fait qu'il est difficile pour le professionnel de la santé d'agir sur la complexité du processus maladie/santé (15). Les infirmières ont formé des groupes de promotion de la santé autour des maladies et des étapes de la vie :

Les infirmières ont indiqué que les groupes de promotion de la santé qu'elles ont créés le plus souvent étaient ceux qui s'occupaient de patients souffrant d'hypertension et de diabète. D'autres groupes ont été créés pour les personnes âgées, les femmes enceintes, et concernant les questions de soins aux enfants, la marche et le tabagisme. Sept infirmières ont déclaré avoir créé des groupes dans les écoles sur les thèmes suivants : la prévention de la pédiculose, la grippe et les virus, l'éducation des enfants, le brossage des dents, la santé bucco-dentaire et la sexualité. Il convient de noter que trois infirmières ont participé sporadiquement à des groupes de personnes âgées dirigés par la communauté, et une a participé à un groupe de mères.

Bien que les groupes puissent être considérés comme de puissants espaces de soins qui offrent un environnement de discussion collective et de changement de pratique, il était encore difficile de comprendre le véritable objectif des groupes de promotion de la santé sur la base de nos données. Ces groupes ont été créés en fonction de l'état pathologique, qu'il soit chronique ou non, du sexe (la plupart des groupes étaient composés de femmes) et du stade de développement (adolescents et femmes enceintes)..

Les infirmières ont formé des groupes pour répondre aux besoins de la communauté :

Les infirmières que nous avons interrogées ont déclaré qu'elles formaient des groupes dans leur cabinet pour répondre aux besoins de la population. Comme l'a dit l'une des personnes interrogées, "cela correspond aux besoins de la communauté".

Nous faisons toujours des recherches sur la principale réalité de la population (les besoins), avec l'aide de travailleurs communautaires (P1). P2 renforce ce point de vue : « Les questions ne sont pas déterminées lors de la réunion ... elles sont produites avec la population elle-même ». La formation de groupes par l'écoute et le dialogue avec la population favorise les liens entre le service de santé et la communauté. Ces groupes peuvent démontrer une pertinence thérapeutique en favorisant l'échange d'informations et l'apprentissage des aspects liés à la santé/maladie.

La conception des activités de groupe est limitée à la rencontre de personnes. Cependant, les groupes sont des structures complexes qui vont au-delà d'un rassemblement de personnes partageant des normes et des objectifs. Il s'agit essentiellement d'un ensemble de relations et de liens coopératifs et cohérents entre des sujets ayant des besoins individuels et des intérêts collectifs, agissant ou travaillant autour d'une tâche (21). Comme indiqué dans la section précédente, lorsque les besoins ont été identifiés, il était possible pour les infirmières de former des groupes et d'aborder toutes ces questions à partir d'un point de vue de la promotion de la santé. Les principaux sujets abordés dans les groupes ont été identifiés par les membres de la communauté pour répondre à leurs besoins

Le PSE est une stratégie visant à développer la citoyenneté des enfants, des adolescents, des jeunes et des adultes dans l'enseignement public afin de promouvoir la santé et l'éducation intégrée. L'objectif est de contribuer à la formation des étudiants par la promotion, la prévention et les soins de santé, pour le plein développement des enfants et des jeunes dans les écoles publiques. Les activités d'éducation et de santé de l'EPS sont censées se dérouler sur des territoires définis en fonction de la zone de couverture de la stratégie de santé familiale, permettant l'exercice de création de liens entre les services de santé publique et l'éducation.

Les infirmières ont utilisé des techniques de promotion de la santé dans le cadre d'un travail de groupe :

En ce qui concerne les méthodes utilisées dans les groupes de promotion de la santé, un éventail de techniques a été appliqué, allant des conférences traditionnelles à des pratiques plus créatives telles que la danse, les tables rondes sur les expériences, les dessins, les différentes dynamiques de groupe et les ateliers. Les infirmières ont

	<p>également mentionné que les ressources techniques utilisées dans ces activités étaient des affiches, des ressources médiatiques, des spectacles de données et des systèmes de son.</p> <p>Nos résultats ont révélé que les équipes ont fait un effort pour utiliser des méthodes créatives qui ont permis de discuter des thèmes, d'attirer une population et d'augmenter le nombre de membres. Cependant, il y avait encore de nombreuses références à la transmission formelle des connaissances, comme les conférences ou les diapositives. Une infirmière a déclaré avoir utilisé des méthodes à la fois créatives et traditionnelles : "À un moment donné, un atelier est organisé, par exemple, pour faire un dessin de la façon dont il voit à ce moment-là... et à la fin, il présente les diapositives ou la conférence" (P4).</p> <p>En accord avec les résultats de cette étude, d'autres recherches ont révélé que les infirmières utilisent toute une série de matériels et de méthodologies différents pour mener à bien leurs activités éducatives, en mettant l'accent sur le transfert d'informations par la parole, suivi de brochures, de tableaux à feuilles mobiles/bannières et de ressources multimédia (23).</p> <p>Il a également été souligné dans la littérature que les techniques de promotion de la santé employées dans le travail de groupe devraient être plus appropriées et mieux adaptées aux caractéristiques du groupe, et aussi prendre en compte le thème, l'espace physique et le matériel disponible pris en compte pour son exécution (24). Il convient de noter que l'éducation seule ne génère pas l'autonomie des participants au groupe - un aspect essentiel de la promotion de la santé. Une étude menée dans un contexte de soins primaires et portant sur les pratiques éducatives en matière de promotion de la santé a noté que la plupart des activités n'utilisaient pas d'approches pédagogiques dialogiques et, par conséquent, n'encourageaient pas l'autonomie des participants (25).</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les pratiques du groupe suivaient partiellement les principes de promotion de la santé, tels que la participation sociale, et indiquent une lacune dans les activités de promotion dans la vie quotidienne des services de soins primaires (26). On peut en déduire que nos résultats renforcent cette littérature, puisque les infirmières ont utilisé des méthodes créatives et accru la participation sociale, mais qu'elles n'ont pas fait état d'intentions ou de résultats tels que l'accroissement de l'autonomie des participants. Elles étaient encore surtout préoccupées par la transmission d'informations sur la prévention des maladies.</p> <p>En ce qui concerne la participation sociale dans les groupes de promotion de la santé signalés dans notre étude, on considère que la construction partagée des connaissances sous-tend la vision du monde des gens, car les stratégies éducatives peuvent encourager la pensée critique et réfléchie chez les participants (27). Parmi les stratégies de la Charte d'Ottawa, il a été révélé que la stratégie de "développement des compétences personnelles" a été utilisée dans des groupes avec la diffusion d'informations et l'éducation à la santé effectuée dans les écoles, les foyers et les espaces communautaires ; c'est-à-dire des scénarios où les différentes méthodologies (créatives et traditionnelles) de l'éducation à la santé ont été appliquées. Les activités éducatives développées par les infirmières ont souvent été considérées comme des activités qui apportent des idées issues de la promotion de la santé ; cependant, maintenir l'accent sur la maladie et la modification du comportement individuel et éliminer les habitudes considérées comme "à haut risque" est une vision limitée de la promotion de la santé.</p>
Forces et limites	

	<p>Ces résultats expriment les limites de la pratique des infirmières, et, représentent les défis de la promotion de la santé pour les soins de santé primaires.</p> <p>Il y avait encore des faiblesses, telles que le manque de compréhension des concepts de promotion de la santé et la difficulté de comprendre la pertinence de sa pratique. En outre, les méthodologies spécifiquement liées au processus de travail des unités de santé n'ont pas été identifiées, et une connaissance plus approfondie de la gestion des groupes n'a pas été identifiée, ce qui est l'un des principaux domaines de fonctionnement du réseau de soins de santé primaires.</p>
Conséquences et recommandations	<p>La promotion de la santé est un domaine encore en cours de création au Brésil qui rassemble de nombreuses significations et concepts, ainsi que de multiples actions visant des perspectives différentes, dans lequel la plupart des professionnels de la santé associent la promotion de la santé à la prévention des maladies. Ces perceptions sont le reflet historique des premières étapes du mouvement de promotion de la santé, qui, au début, était marqué par la sensibilisation à la prévention, ce qui a conduit les professionnels de la santé à limiter les actions de promotion de la santé aux pratiques de prévention. Cela s'est étendu à la formation des professionnels, tels que les infirmières, axée sur le modèle de soins fragmenté, centré sur l'hôpital et axé sur la maladie. Toutefois, les concepts plus larges de la pratique de la promotion de la santé, tels que l'attention portée aux déterminants sociaux de la santé et la participation aux décisions qui affectent leur vie, contribuent davantage à améliorer l'état de santé de la population. Le niveau de la pratique des soins de santé primaires peut jouer un rôle plus important dans l'élargissement de la nature de la pratique de la promotion de la santé.</p> <p>Les pratiques de promotion des infirmières qui ont créé des groupes de soins primaires dans dix municipalités du sud du Brésil ont été étudiées. Il a été observé que les infirmières professionnelles étaient quelque peu conscientes de l'importance de la promotion de la santé, et qu'elles comprenaient comment aider la population à lutter contre diverses affections en utilisant certaines stratégies de promotion de la santé.</p> <p>Il est recommandé de mener des études complémentaires sur cette question avec d'autres professionnels du FSE afin de comprendre et de développer des stratégies et des méthodes actives pour intégrer la promotion de la santé dans les groupes de travail. Cette étude peut stimuler les discussions avec les professionnels de la santé et les chercheurs sur la promotion de la santé dans les soins primaires. En outre, elle permet d'élargir les connaissances sur ces pratiques au Brésil, tout en mettant en lumière le potentiel de travail interdisciplinaire et intersectoriel qui peut agir sur les déterminants sociaux dans ce contexte.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	McLellan, J. M., O'Carroll, R. E., Cheyne, H., & Dombrowski, S. U. (2019). <i>Investigating midwives' barriers and facilitators to multiple health promotion practice behaviours : a qualitative study using the theoretical domains framework</i> . 1–10.
Introduction Problème de recherche	Les sages-femmes rencontrent des difficultés pour entreprendre un comportement dans la pratique de la promotion de la santé, dans le manque de clarté quant à leur rôle en matière de santé publique et dans le manque d'auto-efficacité.
Recension des écrits	Des études antérieures ont examiné le comportement des professionnels de la santé maternelle en utilisant le cadre théorique des domaines. Cependant, ces études ont examiné un seul sujet de risque pour la santé comme le sevrage tabagique, la gestion du poids et l'obésité et l'activité physique.
Cadre théorique ou conceptuel	Le TDF (cadre des domaines théoriques) fournit un regroupement complet des constructions qui se chevauchent dans le cadre des théories comportementales. La version originale résume les principaux facteurs de comportement pertinents changer les théories en 12 domaines indépendants. Le site TDF vol.1 a été validé par le développement d'une version affinée.
Question de recherche/buts	L'objectif de cette étude est d'examiner les obstacles rencontrés par les sages-femmes et des facilitateurs pour réaliser de multiples HePPBes (health promotion practice behaviours/ comportements de pratique de promotion de la santé) à travers divers sujets de promotion de la santé en utilisant le cadre des domaines dans les entretiens qualitatifs (étude 1) et les réponses aux questionnaires en texte libre (étude 2).
Méthodes Devis de recherche	Etude qualitatives. Les données ont été recueillies par le biais d'entretien (1) et de questionnaires (2).
Population, échantillon et contexte	1. Les sages-femmes travaillant dans un cadre communautaire pouvaient participer si elles étaient qualifiées et exerçaient leur profession au sein d'un conseil de santé du NHS (Nation Health Service) dans le centre de l'Ecosse. (n=11) 2. Les personnes enregistrées en tant que sage-femme qualifiée ou en formation pour être sage-femme, dans le monde entier, étaient éligibles de participer. Globalement 719 participants ont accepté de prendre part à l'étude et a confirmé qu'elles étaient sage-femme. Parmi celles-ci, 214 ont remplis moins de 95% du questionnaire et ont été exclues de l'analyse ultérieure. (n=505)
Méthode de collecte des données	1. Les entretiens ont permis de recueillir des informations détaillées sur les obstacles et les facilitateurs l'expérience des sages-femmes dans la réalisation de leurs comportements dans la pratique de la promotion de la santé. Les écrits étaient stockés sous forme de documents Word. Analyse a été faite sur les recommandations relatives à la conduite d'une recherche qualitative basée sur le TDF et a comporté des 10 étapes suivantes : Entretiens ont été lus plusieurs fois par JM pour se familiariser avec les données. Interview a été codée conjointement par JM et SD pour développer une stratégie de codage. 2 entretiens ont été codés par JM à l'aide d'une approche d'analyse de contenu dans laquelle le contenu a été placé dans le TDF le plus pertinent domaines. Le codage a été vérifié par SD. Là où des divergences de codage sont apparues, une discussion a eu lieu pour parvenir à un consensus. Les autres interviews ont été codées par JM. La saturation des données a été atteinte puisque les trois dernières les transcriptions n'ont pas introduit d'obstacles supplémentaires et des facilitateurs que

	<p>ceux déjà identifiés. Des résumés des codages de domaine ont été produits par JM et vérifié par SD. Les domaines théoriques pertinents ont été identifiés par une discussion de consensus entre JM & SD. La pertinence d'un domaine était basée sur les critères suivants : (i) fréquence élevée de croyances spécifiques et/ou (ii) existence de croyances conflictuelles et/ou (iii) indication de croyances claires pouvant influencer le comportement en question. Les avis ont été générés pour les domaines pertinents par JM et codées comme étant soit génériques (vues qui sont en référence aux HePPBes en général) ou comportement spécifique (points de vue qui se réfèrent à un comportement spécifique de promotion de la santé).</p> <p>Les avis générés ont été vérifiés par HC (un professeur de sage-femme) pour s'assurer qu'ils sens du point de vue de la profession de sage-femme.</p> <p>2. Des publicités ont été mis sur forums de discussion, listes d'adresses électroniques et des pages de média sociaux.</p> <p>Questionnaire a examiné les facteurs pertinents pour HePPBes. Étude par questionnaire en ligne comprenant une question qualitative ouverte : "Si vous avez d'autres commentaires sur votre rôle de la santé publique, alors veuillez les inclure ci-dessous"</p> <p>Analyse des données du questionnaire qualitatif concerné les 5 étapes suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les réponses ont été lues plusieurs fois par JM pour s'assurer la familiarité avec les données. 2. Les réponses ont été codées par JM en utilisant une approche d'analyse de contenu dirigé dans laquelle les réponses ont été placés dans le domaine TDF le plus pertinent. Si une réponse pouvait être codée en plus d'un une décision a été prise par JM quant au domaine le plus approprié. 3. Le codage a été vérifié par SD. 4. Le nombre de réponses codées dans chaque domaine a été calculé par JM. 5. JM a vérifié dans quelle mesure les obstacles identifiés reflétaient ceux de l'étude 1 et s'il y avait les obstacles ou facilitateurs supplémentaires identifiés.
Déroulement de l'étude	<p>1. Entretien semi-structurés ont été menés en face à face par JM (une femme avec un doctorat dans la recherche et psychologue de la santé avec une expérience antérieure de soutien à la pratique de changement de comportement des sages-femmes). Deux fois en octobre 2016.</p> <p>Des infos sur l'étude ont été fournies oralement et par écrit.</p> <p>Durée des entretiens étaient entre 27 et 76 minutes, ils ont été enregistrés et transcrit textuellement de manière anonyme.</p> <p>2. Les sages-femmes ont été accédé au questionnaire en cliquant sur l'URL contenue dans l'annonce en ligne. Le consentement des participants a été demandé (cocher case) et pour avoir que des sages-femmes (question a été posé, pour réduire la probabilité que des non sages-femmes remplissent le questionnaire). A la fin du questionnaire, les sages-femmes se sont vu offrir la possibilité de s'inscrire un tirage au sort pour gagner 1 des 4 bons d'achat de 25 £.</p>
Considérations éthiques	<p>1. Le comité d'éthique de l'université de Stirling en psychologie a approuvé l'étude. L'approbation du NHS research and Development a été accordée par le Greater Glasgow and Clyde Health Board.</p> <p>2. L'éthique générale de l'université de Stirling a approuvé l'étude.</p>
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>1. Tous les obstacles et facilitateurs ont pu être identifiés au sein de la TDF (cade domaine théorique). 9 des douze domaines TDF ont été classés comme importants</p>

	<p>pour comprendre les obstacles et facilitateurs à la réalisation des HePPBes. Tableau 1 liste ces domaines avec un descripteur de domaine. Les domaines identifiés sont décrits ci-dessous et un tableau contenant les déclarations de croyance associées sont fournies dans Dossier complémentaire.</p> <p>2. Les réponses ont été codées en sept domaines TDF : rôle et identité professionnels, croyances sur les conséquences, motivation et objectifs, contexte et ressources environnementales, influences sociales, émotion et croyances sur les capacités. Les définitions de chaque domaine sont les mêmes que celles présentées dans l'étude 1. Les domaines sont présentés en termes (i) de nombre de réponses et (ii) preuves à l'appui.</p>
Présentation des résultats	<p>1. (Rôle et identité professionnels) Les sages-femmes considéraient principalement les HePPBes comme faisant partie de leur rôle : "Je le considère simplement comme mon travail" et "Je pense que le public de la santé est une partie essentielle de notre rôle". Mais certains pensaient que plusieurs comportements de promotion de la santé (HePPBes) pouvaient être traités avant la conception, en particulier autour de la gestion du poids. Les sages-femmes mentionne fréquemment que leur rôle avait évolué à partir de la prestation des soins de sage-femme traditionnels (par exemple mesure de la croissance du bébé) à une forte concentration sur l'entreprise HePPBes (b) : "Ils semblent continuer à ajouter à la liste des choses que nous sommes censés faire", et certaines sages-femmes ont exprimé le sentiment que leur rôle professionnel traditionnel était en train de s'éroder/user.</p> <p>(Croyance sur les conséquences) Les sages-femmes ont mentionné plusieurs conséquences qui pourraient avoir un impact sur leur HePPBS. Si elle est bien exécutée, les sages-femmes pensent qu'elle peut être utile pour recueillir des informations sur certains aspects du bien-être des femmes. Toutefois, certains ont déclaré que l'exécution des HePPB pourrait potentiellement nuire à la relation si elle n'était pas effectuée avec soin, en particulier pour HePPBes liés à la gestion du poids. De même, des croyances contrastées sur la réceptivité des femmes aux HePPB ont émergé. Certaines sages-femmes ont déclaré que les femmes attendent d'elles qu'elles réalisent des HePPBes . D'autres sages-femmes ont déclaré que les femmes n'étaient pas réceptives aux HePPBes. Le temps qu'il faille pour effectuer les HePPBes a été perçu comme un obstacle évident avec des rendez-vous dépassant le temps imparti, ce qui pourrait avoir un impact sur les autres femmes (b). Les sages-femmes croyaient clairement que les HePPBes avaient la possibilité d'avoir des effets positifs sur la santé des femmes et leur enfant (f). Des points de vue clairs sur l'impact à court terme des HePPBes dépendent du thème du comportement. Par exemple, le tabagisme est perçu comme un problème qui peut être traité pendant la grossesse (f) . En attendant, l'impact des changements liés à l'alimentation les HePPBes ont été considérés comme inobservables (b) . Certaines sages-femmes ont clairement exprimé leur conviction qu'il était gratifiant pour elles d'observer les avantages de l'engagement des femmes dans les changements de comportement en matière de santé attribués à leurs HePPBes. Avantages en termes de réduction de la charge de travail future si les HePPB étaient effectuées ont effectivement été notées (f).</p> <p>(Motivation et objectifs) Les S-F ont svt déclaré être motivées pour s'engager à ce que les HePPB bénéficient de la santé à long terme des femmes et le bébé. Cependant, les HePPBes n'étaient pas une priorité en cas de risques cliniques contradictoires à la femme et/ou au bébé, comme la sécurité des patients ou les questions de protection des adultes/enfants (b).</p>

(Mémoire/ attention et processus de décision) Les sages-femmes ont indiqué que les notes de maternité de la femme les incitaient à couvrir tous les sujets de la BPPH (f) , qui a également servi de guide aux HePPB lors des rendez-vous de suivi (f) .

Si la femme voulait discuter d'un comportement particulier, les sages-femmes lui donnaient la priorité. Certaines sages-femmes couvrent un sujet en profondeur si elles estiment qu'il présente un intérêt particulier. L'intuition a souvent été citée comme un facteur de décision dans le cas des HePPB (f) . "S'ils sont très malades ou s'ils ont des saignements, je dirai simplement : 'nous en parlerons une autre fois' parce qu'il n'est pas approprié de prendre de l'avance".

(Contexte et ressources environnementales) Les changements dans la prestation des services de soins de santé (par exemple, les changements dans la prise de rendez-vous) ont été perçus comme rendant plus difficile l'exécution des HePPBes (b) : Certaines sages-femmes ont estimé que l'accessibilité aux ressources telles que la formation liée à l'HePPB pourrait être améliorée (b). Cependant, certains ont estimé que la formulation des questions dans les notes de maternité les rendait difficiles à poser (b). La conviction qu'il y avait trop d'HePPB à entreprendre en trop peu de temps était apparent (b) : "Nous devons aussi essayer de travailler dans les délais impartis" (M9). Certaines sages-femmes estiment que l'état de santé de la femme au moment de la prise de rendez-vous a eu une incidence sur la mesure dans laquelle elle pouvait effectuer des HePPB (b) : "La prise de rendez-vous est vraiment difficile pour certaines femmes, de s'asseoir là et de ne pas vomir". Des indices physiques ont été mentionnés pour inciter les gens à entreprendre des HePPBes (f).

(Les influences sociales) Les femmes sont considérées comme ayant une forte influence sur les comportements des sages-femmes en matière de pratiques de promotion de la santé et s'informent de plus en plus par le biais de sources en ligne. Cela a été perçu comme utile pour recommander une information de qualité (f) . Des avis partagés ont été exprimés sur la précision avec laquelle les femmes ont fait état de certains comportements liés à la santé, comme la consommation d'alcool, qui ont un impact sur les efforts de promotion de la santé. Certaines sages-femmes perçoivent des comptes rendus précis (f) : et d'autres rapportent le contraire (b) : Le travail en équipe et le soutien social ont été considérés comme utiles pour résoudre les problèmes concernant les HePPB (f) . Le conflit entre les groupes était perçu par certains par rapport à l'exécution des HePPBes (b) : "C'est arrivé dans le salon de thé et il y aura des conversations avec des gens qui diront : et je m'assiérai là ouvertement pour

(Réglementation comportementale) Les sages-femmes ont décrit l'utilisation de stratégies de régulation comportementale telles que l'utilisation de notes de maternité comme message d'avertissement pour couvrir toutes les HePPBes, la rédaction de notes dans le SWHMMR comme message d'avertissement pour les rendez-vous de suivi des HePPBes, l'exécution des HePPBes pendant les tâches cliniques, par exemple en posant des questions sur l'activité physique pendant la prise de sang (f) .

(Nature des comportements) La majorité des HePPB ont eu lieu lors de la prise de rendez-vous, au moment où l'on a généralement le plus de temps pour entreprendre une HePPB (f) . Les sages-femmes ont déclaré que les HePPBes étaient une pratique courante (f) : "Nous devons cocher des cases, nous devons cocher que nous avons discuté de l'alcool, nous avons discuté du tabagisme" (M10). La nature habituelle de l'exécution des HePPBes inclut les stratégies utilisées pour réglementer la pratique de la promotion de la santé ainsi que les comportements eux-mêmes. [rend plus compte que tu fais de la PS]

2. (contexte et ressources environnementales) 26 réponses ont été codées en tant que contexte et ressources environnementales, en mettant l'accent sur la nécessité d'améliorer les ressources, en particulier sur la nécessité de disposer de plus de temps

	<p>et d'un accès plus large aux documents en ligne : "Les applications et les supports en ligne visant à encourager les changements de comportement peuvent réduire la pression sages-femmes" et une plus grande accessibilité à la formation. Certaines réponses ont souligné la nécessité d'une continuité des soins.</p> <p>(Croyances sur les conséquences) 9 réponses ont été codées comme des croyances sur les conséquences. Il a été mentionné que la possibilité que les HePPB de gestion du poids aient un impact sur la relation sage-femme. Des réponses mitigées sur la réceptivité des femmes aux HePPBes sont apparues.</p> <p>(Motivation et objectifs) 9 réponses concernant la motivation et les objectifs suggèrent des niveaux élevés de motivation pour mener à bien les HePPBes. Certaines sages-femmes ont indiqué que leur degré de soutien aux femmes n'était pas idéal.</p> <p>(Influences sociales) 8 réponses ont été codées en tant qu'influences sociales et se sont concentrées sur l'état de santé des sages-femmes par rapport l'entreprise HePPBes. Certaines sages-femmes ont décrit leurs propres comportements et leur propre état de santé comme aidant ou entravant HePPBes: « Mon propre style de vie et ma motivation en matière de santé publique peuvent avoir un impact sur l'accouchement et la communication lorsque j'aborde des sujets avec les femmes". D'autres ont déclaré que leur état de santé n'était pas pertinent : "Ne confondez pas mon bien-être avec celui de la femme et du bébé dont je m'occupe... les rôles de santé publique ne devraient pas être jugés par la sage-femme qui accouche".</p> <p>(Rôle et identité professionnels) 3 réponses ont été codées en tant que rôle et identité professionnels, commentant la nécessité d'aborder des sujets de promotion de la santé avant la grossesse et les exigences imposées aux sages-femmes pour remplir de multiples rôles professionnels.</p> <p>(Croyances sur les capacités) 3 réponses codées comme des croyances sur les capacités ont mis en évidence que les sages-femmes se sentent potentiellement plus confiantes pour aborder des sujets de promotion de la santé qui font l'objet d'une plus grande attention dans la politique de santé et que la capacité d'entreprendre des HePPB dépend de ressources telles que la formation et le temps à disposition.</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les sages-femmes ont perçu une multitude d'obstacles et de facilitateurs à la réalisation des HePPBes. Les principaux obstacles étaient les exigences d'effectuer un nombre croissant d'HePPBes en plus de la charge de travail clinique existante, ce qui a eu un impact sur le temps disponible, les ressources cognitives des sages-femmes et la qualité des relations avec les patientes. Des problèmes organisationnels tels que le manque de continuité des soins et la difficulté d'accéder à une formation appropriée ont également été identifiés.</p> <p>Parmi les facteurs clés, on peut citer la motivation des sages-femmes à aider les femmes enceintes à s'occuper de leur santé. L'étude 1 a également mis en évidence les stratégies utilisées par les sages-femmes pour surmonter les obstacles auxquels elles sont confrontées dans l'exécution de leurs soins de santé. Certains résultats ont été considérés à la fois comme des obstacles et des facteurs de facilitation, car les avis étaient partagés quant à savoir si certains sujets de promotion de la santé devaient être abordés par d'autres professionnels de la santé avant la grossesse, la réceptivité des femmes à l'égard des APSP pendant la grossesse et l'influence sociale du propre état de santé des sages-femmes.</p>
Forces et limites	<p>La complémentarité des deux études présentées est un atout. L'étude 1 a fourni un aperçu détaillé d'un groupe de sages-femmes travaillant dans un cadre communautaire qui a été complété dans l'étude 2 par des commentaires en texte libre d'un échantillon plus large de sages-femmes, employées dans une variété de rôles professionnels. Les limites incluent la difficulté de spécifier les comportements cibles lors de l'étude simultanée de plusieurs HePPB pour une variété de sujets de promotion de la santé en même temps. L'utilisation du principe TACT et de l'image</p>

	<p>sur la carte guide A4 a fourni aux sages-femmes une aide visuelle pour leur rappeler l'objet de l'étude pendant l'entretien. La taille de l'échantillon de l'étude 1 était basée sur des lignes directrices fondées sur des preuves, mais elle est inférieure à d'autres études qualitatives basées sur le TDF. En outre, les sages-femmes qui ont participé à l'étude 1 ont été recrutées d'une seule maternité ambulatoire en Écosse et des obstacles et facilitateurs différents et supplémentaires ont pu apparaître dans des contextes différents. L'étude 2 a utilisé le recrutement en ligne qui empêche en vérifiant que les personnes participantes répondent pleinement aux critères d'inclusion.</p>
Conséquences et recommandations	<p>(Relation avec d'autres études) Il existe peu de preuves sur les facteurs psychologiques associés aux sages-femmes HePPBes qui ciblent les multiples les comportements de santé. Les obstacles précédemment identifiés pour les sages-femmes qui entreprennent des EPSS, notamment le manque de temps et de ressources et la variabilité de la qualité de la formation, étaient les suivants confirmé dans la présente étude et mettent donc en évidence un la nécessité de continuer à soutenir les sages-femmes. L'incertitude des sages-femmes quant à leur santé publique Le rôle a également été démontré par les avis mitigés les sages-femmes ont exprimé leur inquiétude quant à savoir si tous les HePPB devrait relever de la compétence de la sage-femme. L'utilisation des sages-femmes de stratégies visant à surmonter les obstacles auxquels ils sont confrontés en out HePPBes n'a pas été signalé auparavant.</p> <p>(Mécanismes et implications) Des obstacles tels que la difficulté d'accès aux formations liées à l'HePPB suggère une composante spécifique de santé publique dans la formation des sages-femmes ou après la qualification peut être utile. La constatation que l'exécution d'une HePPB peut être imposante/taxante suggère qu'un soutien accru aux sages-femmes peut être nécessaire. Les décideurs politiques et les principales parties prenantes qui commandent des possibilités de formation professionnelle continue pour les sages-femmes pourraient fournir un soutien HePPBe sous plusieurs formes (par exemple, par le biais de formations, de matériel portable ou de soutien par les pairs).</p>
Commentaires	<p>(Question sans réponses et futurs recherche) Le développement d'une intervention visant à aider les sages-femmes à aider les femmes enceintes à faire face à de multiples comportements de santé est nécessaire pour maximiser l'efficacité des interventions de santé publique visant à modifier les comportements pendant la grossesse. Les études futures devraient traduire les résultats actuels en des interventions acceptables, évolutives et efficaces pour aider les sages-femmes à effectuer des HePPBes.</p>

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
---------------------	----------------------

Références complètes	Fereidouni, Z., Sarvestani, R. S., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M., & Kalyani, M. N. (2019). <i>Moving Into Action : The Master Key to Patient Education</i> . 27(1), 1–8.
Introduction Problème de recherche	La maladie et l'hospitalisation sont des situations qui accroissent le besoin d'assistance et d'éducation. Une éducation médiocre est actuellement la source la plus fréquente des plaintes des patients dans le secteur de la santé en Iran.
Recension des écrits	Bien que certaines études aient révélé que les infirmières se sentent compétentes dans leur rôle d'enseignant, d'autres ont souligné que le manque de formation et de confiance en soi était un facteur qui contribuait à la réticence des infirmières à éduquer les patients. Kemppainen, Tossavainen et Turunen (2013) ont rapporté que les infirmières considèrent la promotion de la santé comme importante, mais que des obstacles liés à la culture organisationnelle empêchent une prestation efficace. Bien que des études aient été menées dans plusieurs pays, le processus d'éducation des patients n'a pas été bien étudié dans les systèmes de santé iraniens. Considérant que l'éducation des patients est une exigence de la Commission conjointe pour l'accréditation des hôpitaux (Marcus, 2014), l'exploration des perspectives et des recommandations des infirmières richement expérimentées en ce qui concerne la question de l'éducation des patients est une priorité.
Cadre théorique ou conceptuel	L'éducation des patients est un processus par lequel les professionnels de la santé communiquent des informations aux patients et leurs soignants pour améliorer l'état de santé et encourage la participation à la prise de décision concernant les soins continus et traitement. Ce processus aide les patients à intégrer les connaissances, les compétences, les valeurs et les attitudes qui se rapportent à des les sujets médicaux, les services de prévention, l'adoption des modes de vie, l'utilisation correcte des médicaments et le traitement des maladies et les blessures à domicile (Dorland, 2011). L'éducation des patients vise à fournir des informations cliniques adéquates et pertinentes avec l'objectif d'améliorer la compréhension des maladies et les comportements favorables à la santé (Seyedin, Goharinezhad, Vatankhah, & Azmal, 2015). Le besoin d'éducation des patients a été largement reconnu.
Question de recherche/buts	L'objectif de cette étude était de documenter les perspectives et les recommandations des infirmières en ce qui concerne l'éducation des patients.
Méthodes Devis de recherche	Etude qualitative Un modèle exploratoire qualitatif a été utilisé en raison de la capacité de ce type de modèle de conception à faire ressortir la richesse de la signification des perspectives des infirmières.
Population, échantillon et contexte	Les participants ont été sélectionnés selon une méthode d'échantillonnage raisonné. Critères d'inclusion des infirmières étaient les suivants : a) être titulaire d'un baccalauréat ou d'un diplôme supérieur en soins infirmier, (b) être employé comme infirmier, avec au moins 2 ans d'expérience clinique expérience ; et (c) volonté de participer. Participants : n=8 infirmières chef, n=16 infirmières cliniciennes qui avaient travaillé dans les services de médecines, chirurgie, d'urgence et pédiatriques.
Méthode de collecte des données	Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens approfondis semi-structurés avec des participants qui étaient des infirmiers chef (n = 8), des sessions de groupe avec des participants qui étaient des infirmières cliniciennes (n = 16), et l'observation dans les salles entre avril et octobre 2016. Les interviews ont été enregistrées et transcrites verbatim après chaque session. Les entretiens ont duré entre 60 et 90 minutes chacune.

Déroulement de l'étude	<p>Les entretiens ont commencé par des questions générales et se sont orientés vers des questions plus détaillées en fonction des réponses de chaque participant. L'objectif était de permettre à la personne interrogée de parler de son point de vue. Des exemples de questions d'entrevue comprennent « les problèmes liés à l'éducation des patients? », « Comment gérez-vous avec ces problèmes? », « Pouvez-vous donner des exemples? », et « Souhaitez-vous apporter des modifications? ». Si oui, quelles seraient-elles ? Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à ce que les deux entretiens précédents n'apportent plus d'informations nouvelles, et l'on a alors supposé que la saturation des données ait été atteints.</p> <p>Pendant la Période d'observation de 5 mois, 24 séances d'éducation des patients (répartis à parts égales entre le matin, le soir et la nuit) étaient observées. Les observateurs n'ont pas participé ; ils se sont concentrés sur les principaux événements et des activités dans le cadre de l'éducation des patients. Notes de terrain ont été rédigés immédiatement après chaque observation.</p> <p>Le guide d'observation semi-structuré comprenait deux sections : le contexte (y compris une description des ressources physiques, matérielles et humaines du service) et les interactions entre l'équipe soignante et les patients (y compris les types et la fréquence des commentaires individuels des patients, les éloges/réprimandes les rapports, ainsi que les types et la fréquence des interactions entre les patients et l'équipe soignante).</p> <p>Le contenu des données a été documenté par l'équipe de recherche (deux professeurs associés qui ont été qualifiés dans la recherche qualitative) immédiatement après chaque entretien, groupe de discussion, et observation sur le terrain. Transcriptions et notes ont été lues plusieurs fois pour une compréhension générale des déclarations des participants par rapport aux objectifs de l'étude. Ensuite, les codes définitifs, y compris la définition des propriétés et des relations. L'équipe de recherche a extrait les unités de signification ou les codes initiaux, qui ont été fusionnés et classés en fonction des similitudes et des différences. Pour minimiser les biais des chercheurs, les transcriptions ont été lues indépendamment par les membres de l'équipe de recherche. Le chercheur principal a tenu un journal réflexif pour enregistrer et explorer le processus d'interprétation. MAXQDA Version 2 (Verbi GmbH, Berlin, Allemagne) a été utilisé pour l'analyse des données.</p>
Considérations éthiques	<p>Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique et le Conseil de la recherche de l'université. Avant chaque entretien, les participants ont été informés des objectifs, des procédures et du caractère volontaire de l'étude et qu'ils peuvent quitter l'étude à tout moment. Ils ont également été informés de l'anonymat et de la confidentialité des informations. Tous les participants ont donné leur consentement en connaissance de cause.</p>
Résultats Traitement/ Analyse des données	<p>L'analyse des données a été effectuée selon la méthode conventionnelle de Graneheim et Lundman (Graneheim & Lundman, 2004). Le codage et l'analyse des données ont généré un thème principal, deux sous-thèmes, et quatre catégories liées aux perspectives et les recommandations des participants en ce qui concerne l'éducation. Le thème principal était « la clé principale pour l'éducation des patients ». Puisqu'une clé principale est capable d'ouvrir de nombreux types de serrures, ces stratégies ont été nommées clé principale dans le sens où elles clarifient et résolvent les obstacles éducation des patients dans les hôpitaux. Les sous-thèmes étaient « renforcer l'engagement total » et « reconstruire l'infrastructure », et les catégories étaient « le développement de facteurs de motivation », « Faciliter le changement à chaque impulsion », « systématiser les activités » et « promotion contextuelle ». Les thèmes sont présentés dans Tableau 1 et expliqué dans la section suivante.</p>
Présentation des résultats	<p>[Renforcer l'engagement global] (Développer les facteurs de motivation)</p>

1. **Superviser l'éducation des patients et fournir un retour d'information constructifs** : Les participants ont reconnu que la mise en œuvre de l'éducation des patients dans les évaluations du personnel seraient efficaces. À cet égard, une infirmière cheffe a déclaré : "Les directeurs devraient utiliser des carottes et des bâtons en mêmes temps. Des punitions fréquentes ne fonctionnent pas. Dans un autre cas, un participant a déclaré qu' "Il n'est pas raisonnable d'ignorer les infirmières qui s'engagent avec enthousiasme dans l'éducation des patients. Les responsables doivent apprécier leurs efforts, même avec un sourire ou une autre forme de reconnaissance". Un autre participant a également mentionné que "la supervision annuelle à un moment précis n'est pas efficace. La supervision devrait être intrusive et fréquente ».
2. **Autonomisation de la profession d'infirmière** : Les données obtenues à partir des observations et des enregistrements ont montré que le personnel infirmier se plaignait de son autorité et de sa prise de décision dans les hôpitaux. Ils ont déclaré que d'autres professionnels de la santé, tels que les médecins, s'immisçaient sur leur territoire, ce qui n'était ni agréable ni acceptable, détruisait leur motivation et pouvait indirectement influencer la qualité de l'éducation des patients. L'extrait suivant illustre le fait que les infirmières s'inquiètent sur leur autorité : "Le favoritisme est corrosif. La profanation, la discrimination, le manque d'autorité et de professionnalisme sont décevants dans notre hôpital. Tout d'abord, nous devrions renforcer notre profession et définir notre territoire en choisissant une matrone qualifiée (infirmière cheffe), des superviseurs et du personnel infirmier ». (Faciliter le changement par tous les moyens)
 1. **Croyances populaire**. Les données obtenues de multiples sources dans le cadre de cette recherche ont montré que la promotion de croyances communes était la première étape pour stabiliser le changement dans la société. Les participants ont déclaré que toutes les parties prenantes devraient considérer l'éducation des patients comme une priorité et prendre des mesures pour améliorer l'éducation. Un participant a mentionné : « Un changement durable nécessite une détermination générale. Toutes les personnes de l'organisation du sommet de la pyramide jusqu'à sa base devraient participer activement ».
 2. **Participation de masse**. Les résultats ont montré que les superviseurs ne supervisaient pas le processus d'éducation des patients de manière adéquate. Les observations ont également révélé que ces superviseurs n'ont pas prêté attention à l'éducation des patients dans leurs tournées et n'ont pas considéré ce domaine comme une priorité. La note de terrain suivante a montré que l'implication pratique des superviseurs n'était pas suffisante. À cet égard, un participant a déclaré : "Une simple déclaration d'un médecin est plus efficace que dix déclarations d'une infirmière". Un autre participant a ajouté : "Nos patients acceptent les prescriptions des médecins plutôt que celles des infirmières, de sorte qu'ils devraient être encouragés à communiquer avec les patients et à leur expliquer la conditions qui leur sont imposées".

[Reconstruire l'infrastructure]
(Systématisation des activités)

 1. **Refonte/Modification des formulaires d'éducation des patients** : Les participants ont déclaré que le fait de disposer d'un formulaire spécifique pour l'éducation des patients était nécessaire. Ils ont surtout mentionné que les formulaires actuellement utilisés à l'hôpital étaient obligatoires pour les patients et qu'ils prenaient beaucoup de temps à

	<p>remplir. Ils ont donc recommandé de concevoir des formulaires appropriés pour améliorer l'éducation des patients.</p> <p>2. Révision de la description de poste des infirmiers en chef. Toutes les infirmières en chef ont indiqué que leur description de poste devait être révisés par leurs hôpitaux sur la base de nouveaux critères d'accréditation. Ils ont déclaré qu'ils étaient actuellement occupés par les nouveaux critères et normes d'accréditation, ce qui a conduit à leur négligence involontaire des obligations de soins infirmiers telles que l'éducation des patients. Un participant a déclaré : "Nous sommes occupés à travailler sur l'accréditation, la supervision, les tournées des médecins, et l'amélioration de la qualité et de sa paperasserie. Malheureusement, nous n'avons pas le temps de nous occuper de l'éducation des patients".</p> <p>(Promotion contextuelle)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir un environnement et des installations appropriés. Les participants ont déclaré qu'un environnement approprié était une condition préalable à l'éducation des patients. La forte rotation dans les services et le manque de salles adaptées à l'éducation des patients ont constitué des problèmes à cet égard, comme l'illustrent les notes de terrain et les entretiens. • Augmenter le personnel infirmier et améliorer la qualité de l'enseignement. La pénurie d'infirmières est un autre sujet de préoccupation pour l'éducation des patients. En général, les ratios infirmière-patient devraient être basés sur un minimum standard pour assurer un niveau de base de qualité des soins dans les hôpitaux. • Formation du personnel novice. Les participants ont déclaré que les étudiants nouvellement diplômés étaient des novices et qu'ils ont commencé à travailler dans des hôpitaux sans expérience. Ainsi, ces nouvelles infirmières doivent comprendre l'importance de l'éducation des patients et être formées de manière approfondie à cet égard. Un participant a déclaré : "Une <u>formation continue</u> fréquente est recommandée pour que les infirmières améliorent leurs connaissances afin d'éduquer les patients efficacement".
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>La supervision de l'éducation des patients et la fourniture d'un retour d'information constructif ont été identifiées comme les deux sous-catégories. Les participants ont souligné l'importance d'une supervision fréquente dans la prestation de soins qualifiés. En conséquence, la supervision clinique a été considérée comme un avantage significatif tant pour les infirmières que pour les patients. L'autonomisation de la profession d'infirmière est une autre sous-catégorie qui est ressortie des données, le manque de pouvoir et d'autorité du personnel infirmier identifié comme l'un des obstacles à l'éducation des patients dans les hôpitaux. À cet égard, Adib Hagbaghery, Salsali, and Ahmadi (2004) ont effectué une recherche qualitative et ont déclaré que le pouvoir des infirmières était influencé par " l'application des connaissances et des compétences ", "le fait d'avoir de l'autorité", "la confiance en soi", "l'unification et la solidarité", "le fait d'être soutenu" et "la culture et structure organisationnelles". Ils ont recommandé que la délégation d'autorité et le renforcement de la confiance en soi des infirmières puissent les aider à</p>

	<p>appliquer les connaissances dans la pratique. En outre, encourager le travail d'équipe et le soutien mutuel entre les infirmières peut favoriser le développement de leur pouvoir collectif et fournir une base pour obtenir de meilleures conditions de travail, l'indépendance professionnelle, et l'autorégulation (Adib Hagbaghery et al., 2004). De même, Habibzadeh, Ahmadi et Vanaki (2013) ont mené une étude sur les enjeux et les facilitateurs de la professionnalisation dans le domaine des soins infirmiers et a indiqué que l'augmentation du nombre d'infirmières diplômées et l'amélioration des conditions de travail des infirmières faciliterait l'amélioration des soins infirmiers. L'une des solutions clairement énoncées par nos participants était l'inscription active des superviseurs, des médecins, des infirmières et des étudiants en médecine dans le processus d'éducation des patients. L'examen de la littérature a également révélé qu'une équipe de prestataires de soins de santé ont été tenus d'enseigner aux patients les médicaments, la gestion après la sortie, et quand et comment obtenir des services médicaux après la sortie de l'hôpital. Malheureusement, le rôle des cadres supérieurs et leur implication dans le processus d'éducation des patients ont été négligés (Arian et al, 2015 ; Jafari et al., 2015). Une autre sous-catégorie qui a émergé est l'amélioration de la qualité de l'éducation. Marcus (2014) a mentionné que la communication était efficace lorsque les patients recevaient des informations exactes, des messages opportuns, complets et sans ambiguïté de la part des fournisseurs, leur permettant de pratiquer leurs soins de manière responsable. En fait, la compréhension par les patients des informations communiquées par les prestataires de soins de santé peut accroître leur satisfaction. Sur d'autre part, l'éducation verbale des patients et les membres de leur famille exige une approche multidisciplinaire qui tient compte du style d'apprentissage, de l'alphabétisation et de la culture à appliquer des méthodes claires de communication et d'évaluation de l'apprentissage. Dans une étude, la combinaison de la formation orale et écrite améliore la qualité de l'éducation verbale des patients et des familles de manière significative (Marcus, 2014).</p>
Forces et limites	<p>Tout d'abord, l'étude a été menée dans deux hôpitaux. Par conséquent, d'autres études devraient être menées dans d'autres contextes. Deuxièmement, bien que les critères de saturation des données aient été remplis, certains problèmes ou défis peuvent avoir été manqués et non inclus dans cette étude. Malgré ces limites, les résultats donnent une bonne image de la situation actuelle et apportent un nouvel éclairage sur les pratiques actuelles d'éducation des patients et une base pour planifier et mettre en œuvre les changements appropriés. En outre, comme la normalisation de l'éducation des patients dépend entièrement du contexte, la recherche-action devrait à l'avenir se concentrer sur les défis liés à la mise en œuvre d'une éducation efficace des patients. Cette recherche future devrait inclure les individus qui sont impliqués dans le processus en tant que parties prenantes motivées pour aider à résoudre les problèmes ou défis identifiés de manière pratique.</p>
Conséquences et recommandations	<p>(Implications pour la pratique) Comme l'éducation à la santé relève principalement de la responsabilité du système de santé, nos résultats fournissent une "clé maîtresse" aux décideurs politiques et aux gestionnaires d'hôpitaux qui les aidera à identifier et à supprimer les obstacles à une</p>

	éducation efficace des patients, en particulier dans le contexte de l'augmentation des coûts des soins de santé.
Commentaires	-

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Afshari, A., Ghahnaviyeh, L. A., & Khezeli, M. (2019). <i>health promotion perception among health-care providers working in educational hospitals of Isfahan , Iran : A qualitative study</i> . 1–6. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp
Introduction Problème de recherche	Le besoin de réorienter les hôpitaux vers une promotion de la santé pour réduire les coûts des soins de la santé et de prévenir et gérer efficacement les maladies non transmissibles.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Des études ont démontré que les professionnels de la santé ont une compréhension limitée du concept de promotion de la santé et que certains n'ont jamais entendu parler de la promotion de la santé.</i> • <i>D'autres études démontrent que le concept de promotion de la santé n'est pas compris par les infirmières et qu'elles ne comprennent pas toujours comment la mettre en pratique.</i> • <i>Une autre étude montre que les sages-femmes ont une connaissance limitée de la promotion de la santé et qu'il était donc utilisé de façon interchangeable avec l'éducation à la santé.</i>
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre conceptuel est celui de la promotion de la santé.
Question de recherche/buts	Cette étude a pour but d'étudier les conceptualisations de la HP parmi des professionnels de la santé travaillant dans les hôpitaux éducatifs d'Ispahan, en Iran.
Méthodes Devis de recherche	Étude exploratoire qualitative Réalisé grâce à des entretiens avec des professionnels de santé.
Population, échantillon et contexte	Quinze professionnels de la santé pluridisciplinaires ont participé à l'étude. L'âge moyen des participants était de 38,8 ans. Sept (46,6 %) des participants étaient des femmes et huit (53,3 %) des hommes. Le nombre moyen d'années d'expérience dans leur carrière et leur poste actuel était de 15,4 et 4,6, respectivement. La plupart des participants étaient des infirmiers. Le tableau 1 présente les caractéristiques de ces participants. Les participants étaient un groupe de professionnels des soins hospitaliers qui ont participé à la direction du programme d'accréditation et d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux. Les participants ont été sélectionnés dans 4 hôpitaux d'enseignement affiliés de l'université des sciences médicales d'Ispahan, dans le centre de l'Iran.

Méthode de collecte des données	La méthode d'échantillonnage proposée a été utilisée pour obtenir une diversité maximale de participants. Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens semi-structurés avec 15 participants. Les entretiens ont été menés à l'heure fixée par les participants sur leur lieu de travail et pendant les heures officielles et ont duré en moyenne 30 minutes. La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à la saturation des informations.
Déroulement de l'étude	Au départ, les entretiens ont commencé par de courtes questions visant à examiner les caractéristiques des participants puis se sont poursuivis par des questions ouvertes.
Considérations éthiques	Tous les participants ont donné leur consentement verbal pour participer. En outre, nous avons obtenu leur consentement verbal pour l'enregistrement des entretiens et nous leur avons assuré le traitement et la communication anonymes de leurs informations.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données a été effectuée simultanément à la collecte des données. L'analyse des données a été réalisée par le biais d'une analyse de contenu conventionnelle. Au départ, les chercheurs ont écouté plusieurs fois les fichiers audio pour avoir une vue d'ensemble des entretiens. Les entretiens ont ensuite été transcrits mot à mot et le codage a été effectué à l'aide du logiciel MAXQDA développé et distribué par VERBI Software basé à Berlin, en Allemagne.
Présentation des résultats	<p><u>Signification attribué à la PS:</u></p> <p>Les signification les plus fréquentes de la HP étaient la prévention et la santé. Certains participants ont appelé PS synonymes de prévention précoce, visant à prévenir les maladies et l'hospitalisation. En outre, la question de la prévention vaut mieux que le traitement et a été soulignée par certains participants. Certains participants ont déclaré que le traitement de la maladie n'est pas un processus de HP.</p> <p>PS est synonyme de prévention:</p> <p>Certains contributeurs considèrent la PS comme une approche communautaire de la prévention, et le traitement des patients est la prochaine priorité.</p> <p>L'éducation à la santé:</p> <p>Les participants ont compris que l'éducation à la santé était synonyme de la PS, et que ces 2 concepts sont étroitement liés.</p> <p>Dans ce sens la PS signifie accroître les connaissances et la sensibilisation des patients et de la communauté pour changer les comportements et prévenir les problèmes de santé. Bien que certains contributeurs aient perçu le PS comme un concept au-delà de l'éducation à la santé, l'éducation des patients comme l'une des principales activités du PS menées dans les hôpitaux a été exprimée par tous les contributeurs.</p> <p>La PS en tant que performance clinique:</p> <p>PS a été identifié comme un rôle de premier plan des médecins et des infirmières de l'hôpital. Une infirmière pense que ce que les médecins et les infirmières font pour améliorer la santé des patients est une PS, et de plus, tous les processus diagnostiques et thérapeutiques de l'hôpital sont des PS. L'une des infirmières a introduit le processus de diagnostic infirmier comme l'une de ses fonctions de PS.</p> <p>La PS en tant que qualité de vie et bien-être:</p> <p>Certaines infirmières ont fait remarquer que l'augmentation de l'espérance de vie, la vieillesse en bonne santé, la capacité d'effectuer les activités de la vie quotidienne, l'augmentation de la qualité de vie restante, la jouissance de la vie pour tous et la disponibilité des installations pour les personnes handicapées sont des exemples de ce sous-thème.</p> <p>Une approche holistique de la santé:</p> <p>Un nombre limité de contributeurs ont perçu le PS comme un concept large, qui a une vision globale de la santé. L'un des médecins a présenté la HP comme une</p>

	<p>approche de soins de santé plutôt que comme un processus thérapeutique. Dans cette catégorie, l'attention portée à la santé mentale, psychologique, sociale et spirituelle des patients au-delà de la dimension physique dans l'hôpital a été définie.</p> <p>Approche individuelle et collective du maintien et de l'amélioration de la santé:</p> <p>Certains contributeurs ont prêté attention à l'amélioration de la santé de la communauté, et certains, en plus de la communauté en bonne santé, ont également fait référence à la santé des patients. La PS a été introduite dans ce sens comme un mouvement de progrès dans le domaine de la santé et des maladies, qui se concentre sur le maintien d'une communauté saine, l'amélioration de la santé des patients et la réadaptation des personnes handicapées pour les activités quotidiennes.</p> <p><u>Stratégies de PS:</u></p> <p>La plupart des participants se sont concentrés sur les stratégies individuelles de HP à des stratégies environnementales étendues.</p> <p>L'autonomisation individuelle:</p> <p>Les participants ont mis l'accent sur l'amélioration du mode de vie individuel et la responsabilité en matière de santé en utilisant une sensibilisation, des connaissances et des compétences accrues. L'éducation a été considérée comme la stratégie de HP la plus importante et la plus répétitive. Les participants ont estimé que l'amélioration des connaissances et de la sensibilisation aux problèmes de santé dans la société et chez les patients conduira à l'autonomisation en matière d'autosoins et à la prévention de futurs problèmes de santé.</p> <p>Autonomisation des communautés:</p> <p>Les perceptions des participants concernant les facteurs environnementaux et sociaux contribuant à la santé étaient limitées. L'un des contributeurs estime que le HP est un vaste domaine, et la santé du patient et de la société est assurée par la mise en place d'infrastructures sanitaires essentielles. Les stratégies mentionnées comprennent la participation de la communauté aux questions de santé, la création de politiques de santé de soutien, l'attention portée à la santé par les législateurs et les institutions de contrôle, et la fourniture d'installations environnementales</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les résultats de l'étude démontrent que la plupart des experts dans ce domaine avaient des avis limités sur la promotion de la santé, et que la plupart d'entre eux comprenaient le concept de promotion de la santé comme prévention et éducation. En outre, l'utilisation des termes d'éducation, de prévention et d'hygiène dans plusieurs cas plutôt que de promotion de la santé a montré que les participants n'ont pas une perception claire de la différence entre les concepts mentionnés. Les hôpitaux ont été basés sur une approche médicale et une attention a été portée au traitement des maladies physiques. Cette perception limitée de la dimension santé peut être due au fait que les professionnels de la santé se limitent au traitement de la cause sous-jacente de l'orientation du patient. La compréhension de la mise en œuvre de la HP en tant que rôle du système de santé peut être un facteur qui diminue l'attention des participants envers les patients. Dans cette étude, les stratégies sociales de promotion de la santé, y compris les stratégies organisationnelles, politiques, économiques et sociales, n'ont pas été prises en compte par la plupart des participants. En outre, la participation et l'engagement des personnes dans le processus de décisions liées à la santé est l'un des moyens d'autonomisation mis en avant par l'OMS, et cette stratégie n'a été mentionnée que par l'un des participants</p>
Forces et limites	<p>L'engagement professionnel et le manque de temps des participants à l'étude, en particulier des cadres, ont été les limites de l'étude.</p> <p>Les forces de l'études n'ont pas été mentionné.</p>

Conséquences et recommandations	La réforme de la perception des professionnels de la santé est recommandée pour aller au-delà de la stratégie d'éducation à la santé et mettre en œuvre plus efficacement le PS à l'hôpital.
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Casey, D. (2007). Nurses perceptions, understanding and experiences of health promotion. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 1039–1049. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01640.x
Introduction Problème de recherche	La littérature internationale révèle que les infirmières généralistes ont été léthargiques en assumant le rôle de promotion de la santé
Recension des écrits	L'étude de Gott & O'Brien 1990, Macleod Clark et al. 1992, McBride 1994 et celle de Whitehead 1999 sont mentionnées dans l'introduction.
Cadre théorique ou conceptuel	La promotion de la santé est le cadre conceptuel de cette étude.
Question de recherche/buts	Aim: Quelle est la perception et la compréhension des infirmières concernant la promotion de la santé dans un contexte aigu
Méthodes Devis de recherche	Etude de cas qualitative intégrée
Population, échantillon et contexte	Huit infirmières travaillant dans un service de chirurgie aiguë de 33 lits a été sélectionné pour participer.
Méthode de collecte des données	Les données ont été recueillies sur une période de huit semaines (juin-juillet 2000). Après la collecte des données d'observation des non-participants (Casey 2005), un entretien individuel approfondi semi-structuré a été mené avec chaque infirmière observée. La durée de l'entretien a été comprise entre 30 et 50 minutes. Un guide d'entretien a été utilisé pour guider les entretiens (tableau 2). Les données des entretiens ont été enregistrées et transcrites textuellement.
Déroulement de l'étude	Un entretien individuel approfondi semi-structuré a été mené avec chaque infirmière observée. La durée de l'entretien a été comprise entre 30 et 50 minutes. Un guide d'entretien a été utilisé pour guider les entretiens (tableau 2). Les données des entretiens ont été enregistrées et transcrites textuellement. Un entretien pilote avec une infirmière d'un autre service de soins aigus de l'hôpital a été réalisé. Cela a permis de tester le guide d'entretien. À la suite du pilote, aucune modification n'a été

	nécessaire. Les directives d'entretien ont été respectées de manière cohérente et deux collègues chercheurs infirmiers expérimentés, familiers avec les concepts de la promotion de la santé, ont effectué un codage indépendant des transcriptions. Une piste d'audit et un journal de réflexion ont également été tenus. Tous les participants ont reçu une copie du rapport final et ont déclaré que les conclusions étaient conformes à leurs expériences. La richesse des données obtenues permet de juger de la pertinence des conclusions pour d'autres groupes de personnes ou d'autres contextes.
Considérations éthiques	L'approbation éthique a été accordée par le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital. Un consentement éclairé signé a été obtenu de tous les répondants et l'anonymat et la confidentialité ont été assurés.
Résultats Traitement/ Analyse des données	Elles consistent à associer des codes aux données, à enregistrer des réflexions ou d'autres commentaires dans les marges, à trier et à passer au crible les données en identifiant les similitudes et les différences, à isoler ces similitudes et ces différences et à les emporter sur le terrain lors de la vague suivante de collecte de données, à construire progressivement un ensemble de généralisations couvrant les cohérences des données et, enfin, à examiner ces généralisations avec un ensemble de connaissances formelles sous la forme de constructions ou de théories. C'est pourquoi la collecte et l'analyse des données se sont déroulées simultanément. Finalement, des codes et des thèmes cohérents sont apparus, indiquant que les données étaient saturées.
Présentation des résultats	<p>Comprendre la promotion de la santé :</p> <p>Les définitions de la promotion de la santé, données par les infirmières, se sont concentrées sur les questions de style de vie, plutôt que sur des questions structurelles plus larges. □ D'après elles la promotion de la santé consistait à sensibiliser les gens à un mode de vie sain, à une vie saine et à promouvoir la santé physique, mentale et spirituelle. Lorsqu'une explication de la compréhension était demandée, les réponses représentaient le fait d'encourager et d'éduquer les patients.</p> <p>D'après les infirmières, la promotion de la santé était rarement entreprise au sein du service. 3 infirmières ont estimé qu'elle menait une pratique de promotion de la santé tout au long de leur pratique quotidienne, à tel point qu'elles n'étaient pas conscientes de le faire, mais plutôt de manière inconsciente ou automatique. □ La promotion de la santé est implicite dans le travail des infirmières. Certains commentaires suggéraient que la « promotion de la santé » pour ces infirmières était synonyme d'infirmierie, ce qui les empêchaient de faire la différence. De nombreuses infirmières ont eu du mal à décrire la dernière fois qu'elles ont fait de la promotion de la santé. Ce qui confirme le caractère sporadique de la pratique de promotion de la santé des infirmières. La moitié des infirmières ont déclaré que la mesure dans laquelle elles entreprennent la promotion de la santé dépendait de l'état du patient et de sa volonté de participer. D'autres infirmières estiment que la promotion de la santé n'est mise en œuvre ou "ajoutée" que si l'on dispose du temps nécessaire</p> <p>Valeur de la promotion de la santé :</p> <p>Les infirmières ont dit que la promotion de la santé était une activité importante et précieuse. La moitié d'entre elles ont indiqué qu'elle était précieuse pour l'économie et l'organisation, car elle permettait de réduire la mauvaise santé et, par conséquent, de libérer des ressources hospitalières. La majorité a également souligné la valeur de la promotion de la santé pour la santé générale des patients, car elle permet d'accroître l'autonomie des patients, d'accélérer leur rétablissement et d'améliorer leur qualité de vie. Cependant, bien que toutes les infirmières aient déclaré que la promotion de la santé était importante, la moitié d'entre elles n'étaient pas sûres ou doutaient de son</p>

efficacité. Ces infirmières estimaient que certains comportements étaient très difficiles à modifier.

Stratégies et contenu de la promotion de la santé :

Les infirmières ont également décrit les stratégies qu'elles ont utilisées ou qu'elles utiliseraient lorsqu'elles entreprennent la promotion de la santé. Ces stratégies comprennent le fait de conseiller, d'encourager, d'expliquer, d'informer, de dire et d'enseigner aux patients.

☐ La première plus importante étant l'encouragement des patients.

☐ La deuxième stratégie la plus fréquemment mentionnée par les infirmières est de le dire aux patients, de les éduquer et de leur donner des explications. Le contenu de promotion de la santé abordé avec ces stratégies comprenait des mesures de prévention, des tests et des procédures, la nutrition et la cicatrisation des plaies.

☐ Certaines infirmières ont indiqué qu'une stratégie importante consistait à évaluer les connaissances du patient avant d'entreprendre la promotion de la santé et que les explications aux patients devaient comporter une quantité appropriée d'informations données de manière à ce que le patient les comprenne. Certaines ont également souligné l'importance des dépliants pour appuyer ces explications.

☐ Trois infirmières ont indiqué qu'elles utilisaient, ou utiliseraient, une stratégie d'orientation pour promouvoir la santé. Cela signifie qu'elles orientent le patient vers un autre professionnel de la santé, comme une infirmière spécialisée qui répond aux besoins du patient en matière de promotion de la santé.

Trois infirmières ont déclaré que la stratégie qu'elles ont utilisée, ou qu'elles utiliseraient, consistait à introduire la question de la promotion de la santé de manière informelle en parlant au patient. Cela se produisait généralement au cours d'une conversation alors qu'elles s'occupaient d'autres aspects de leur pratique quotidienne d'infirmière. Ces exemples décrivent une promotion de la santé opportuniste.

Participation des patients :

Les stratégies énoncées par les infirmières ne correspondaient pas réellement à de la participation dans le sens de promotion de la santé.

Stratégies utilisées pour mettre en œuvre la participation des patients : Pour favoriser la participation des patients, les infirmières utilisent diverses stratégies. Ces stratégies comprenaient l'encouragement, la fourniture d'explications, l'information du patient, la présentation d'options et la participation de la famille aux soins du patient.

Facteurs influençant la participation des patients : L'accent était mis sur l'exécution du travail et le respect de la routine garantissait le bon fonctionnement du service. Prendre le temps de promouvoir et d'encourager la participation des patients interfère avec cette routine et rend la vie plus difficile aux infirmières.

Obstacles à la promotion de la santé :

Cinq facteurs ont été identifiés. Il s'agit du manque d'autonomie, de l'organisation des soins, du manque de formation et de compétences, de la lourde charge de travail et du manque de temps. Certaines se sentaient désavantagées dans le système, en particulier par rapport au personnel médical, car les médecins sous-estiment le point de vue et l'expérience des infirmières. La moitié des infirmières ont déclaré qu'elles n'avaient pas l'éducation, la formation et les compétences nécessaires pour entreprendre la promotion de la santé. La majorité des infirmières ont indiqué qu'elles avaient trop peu de personnel et trop peu de temps. L'état de santé du patient constituait un obstacle à la promotion de la santé. Elles ont estimé que certains patients étaient si bien informés de leur état qu'ils n'avaient pas besoin de promotion de la santé, tandis que d'autres étaient trop malades et trop dépendants. La plupart des infirmières ont indiqué que la manière dont les soins étaient organisés constituait un autre obstacle. Trois infirmières ont estimé que la routine dominait et que le temps

	<p>était une priorité pour mener à bien la routine. Trois infirmières ont également signalé un manque de continuité dans la manière dont les soins étaient organisés et dispensés. Cela signifie qu'il y a peu ou pas de "suivi", que ce soit dans le service ou lorsque le patient sort de l'hôpital. Deux infirmières ont également indiqué que l'absence de brochures au niveau des services constituait un obstacle.</p> <p>Facteurs facilitant la promotion de la santé :</p> <p>Les quatre grands facteurs de facilitation sont les suivants : être capable d'établir un rapport et des relations avec les patients, davantage de formation et de compétences et davantage de ressources en termes de personnel, de brochures et de soutien à la gestion.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cinq infirmières ont indiqué que l'établissement d'un rapport et la connaissance du patient étaient des avantages importants pour entreprendre la promotion de la santé <input type="checkbox"/> La majorité des infirmières ont indiqué que davantage de ressources en termes de brochures, de financement, d'équipement, de personnel, de soutien de la direction et de ressources pour un spécialiste de la promotion de la santé les aideraient dans leur rôle de promotion de la santé. <input type="checkbox"/> La moitié des infirmières interrogées ont souligné que la fourniture de brochures était importante pour les aider à s'engager dans une pratique infirmière de promotion de la santé. <input type="checkbox"/> Plus de la moitié des infirmières ont indiqué que la mise à disposition de personnel supplémentaire était un facilitateur important. <input type="checkbox"/> Deux infirmières ont également indiqué que la présence d'une infirmière spécialisée dans la promotion de la santé les aiderait dans leur rôle de promotion de la santé. <input type="checkbox"/> Le soutien de la direction dans la promotion de la santé a également été identifié comme une ressource facilitante importante. <p>Presque toutes les infirmières ont déclaré que l'offre d'une formation et de compétences en matière de promotion de la santé serait extrêmement importante pour les aider à entreprendre et à remplir leur rôle de promotion de la santé.</p>
<p>Discussion Interprétation des résultats</p>	<p>Les infirmières hésitent globalement à décrire leur sous-estimation de la promotion de la santé et ont du mal à donner des exemples tirés de la pratique.</p> <p>La plupart des personnes interrogées ont indiqué que la promotion de la santé était la responsabilité des infirmières, qu'elle était importante et qu'elles avaient une attitude positive à l'égard de la promotion de la santé qui, comme l'indique la littérature (Macleod Clark & Webb 1985, Flemming & Thompson 2002), est un précurseur important de la promotion de la santé.</p> <p>La majorité des infirmières ont également déclaré que la pratique infirmière de promotion de la santé était une activité sporadique et elles ont eu du mal à donner des exemples tirés de la pratique.</p> <p>Il s'agit plutôt d'un élément supplémentaire facultatif "ajouté" s'ils ont le temps. L'idée que la promotion de la santé est une option supplémentaire, à laquelle on s'engage une fois que le "vrai travail" des soins infirmiers est fait, se retrouve également dans d'autres documents (Macleod Clark et al. 1992, Smith et al. 1995, Treacy et al. 1996, Twinn & Diana 1997).</p> <p>Les infirmières interrogées ont indiqué que le contenu de leur promotion de la santé était principalement axé sur les facteurs de risque liés au mode de vie.</p> <p>Les principales stratégies que les infirmières ont déclaré utiliser pour promouvoir la santé étaient similaires à l'approche traditionnelle de l'éducation à la santé.</p> <p>Il n'existe pas vraiment de stratégies spécifiques pour la promotion de la santé, mais qu'elle est plutôt opportuniste.</p>

	<p>Les relations interprofessionnelles entre les infirmières et les médecins semblaient fondés sur un différentiel de pouvoir, les infirmières déclarant que les médecins détenaient l'équilibre du pouvoir. Le manque perçu de pouvoir et d'autonomie professionnelle de l'infirmière a des répercussions sur les soins aux patients. Si les infirmières ne se sentent pas habilitées, il est difficile d'attendre d'elles qu'elles soient en mesure d'habiliter leurs patients. Le manque de participation des patients était cohérent avec le fait que les infirmières détenaient l'équilibre du pouvoir sur les patients et avec la domination du modèle médical dans la prestation des soins. Les infirmières interrogées ont estimé que les jeunes patients étaient plus susceptibles de vouloir participer à leurs soins. Par ailleurs, les infirmières estimaient que les patients plus âgés préféraient que le professionnel de santé prenne le contrôle. Cela souligne l'importance des soins individualisés et adaptés aux besoins des patients. Le travail était organisé autour de la routine. Et la promotion de la santé n'est pas considérée comme faisant partie intégrante de la pratique. De plus les infirmières sont appelées à accomplir les tâches le plus rapidement possible. Dans de telles circonstances, la participation des patients, comme le suggère l'une des infirmières de cette étude, prend plus de temps.</p> <p>Le fait d'être occupé suggère généralement un manque de personnel et certaines infirmières ont indiqué que davantage de personnel faciliterait leur rôle de promotion de la santé. Même lorsque les niveaux de personnel étaient adéquats, d'autres études ont indiqué que les relations thérapeutiques entre l'infirmière et le patient n'avaient pas lieu. Les personnes interrogées ont laissé entendre que le stress subi a sapé le moral des infirmières, ce qui a eu un impact négatif sur leur rôle de promotion de la santé. La gestion et le soutien organisationnel sont considérés comme des conditions nécessaires pour développer l'autonomie des infirmières et les aider à remplir leur rôle de promotion de la santé. De même, les infirmières de cette étude ont identifié l'absence de soutien de la part de la direction et d'une culture de service qui considère la promotion de la santé comme un obstacle. Les infirmières interrogées ont indiqué qu'elles n'étaient pas suffisamment préparées à la pratique de la promotion de la santé et toutes ont exprimé le souhait de suivre une formation complémentaire. Certaines infirmières de cette étude ont déclaré que, selon l'état des patients, elles ne s'engageraient pas dans une pratique infirmière de promotion de la santé. Les priorités en matière de soins aigus influent sur le degré de promotion de la santé, mais cela n'empêche pas les infirmières de s'engager dans la promotion de la santé, ou de faire de la promotion de la santé auprès de la famille du patient (Pender et al. 1992).</p>
Forces et limites	<p>Force : Permet de comprendre la gamme complexe d'influences qui façonnent la compréhension et les expériences des infirmières en matière de promotion de la santé dans le cadre des soins aigus.</p> <p>Limites : La qualité de l'entretien dépend des compétences de l'enquêteur. Parfois, certains répondants ont eu tendance à s'éloigner du sujet de discussion pour parler de leurs propres préoccupations.</p> <p>Les interprétations de l'infirmière sur la promotion de la santé et les stratégies utilisées étaient limitées et centrées sur l'individu.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les infirmières doivent reconnaître que la promotion de la santé intègre une manière de travailler avec les patients pour promouvoir la santé, qu'il s'agit d'un concept large qui ne se concentre pas exclusivement sur l'individu ou les facteurs liés au mode de vie. Les infirmières doivent également reconnaître que tous les patients, y compris les personnes gravement malades, ont droit à la promotion de la santé. Les programmes de formation des infirmières doivent donc leur apprendre à reconnaître le potentiel des possibilités de promotion de la santé dans le cadre des soins aigus,</p>

	<p>ainsi qu'à élaborer et à planifier la promotion de la santé de manière à ce qu'elle devienne un élément reconnu de la pratique planifiée.</p> <p>Il est également nécessaire d'assurer une formation professionnelle continue en matière de promotion de la santé. Les médecins et les infirmières doivent développer une meilleure compréhension de leurs rôles respectifs et de leurs contributions aux soins des patients. Le meilleur moyen d'y parvenir est de développer l'apprentissage partagé. Les infirmières nouvellement arrivées dans un service ont besoin de temps pour se familiariser avec leur nouvel environnement. Dans ce cas, un système de mentorat devrait être mis en place afin que la transition soit moins stressante et que la qualité des soins soit maintenue. La manière dont les soins sont organisés interdit également aux infirmières de faire connaissance avec le patient. Enfin, les recherches futures devraient examiner d'autres cadres de soins infirmiers et comparer les résultats afin d'identifier les domaines de similitude et de différence. La recherche devrait également examiner les perspectives et la compréhension des patients en matière de promotion de la santé afin d'identifier leur compréhension et leurs expériences de la pratique infirmière en matière de promotion de la santé.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ER

Appendice B

Grilles de lecture critique

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	Subjectif
Références complètes	Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L., & Weinehall, L. (2010). Reorientation to more health promotion in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. 213–224. https://doi.org/10.2147/JMDH.S14900					
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	X			Le titre parle de réorientation des services de santé en lien avec la promotion de la santé (concept), il y cite les obstacles et les possibilités du point de vue des professionnels de santé (problème et population de l'étude).	La réorientation des services de santé est l'une des 5 stratégies de la charte d'Ottawa □ aide à répondre à la question de recherche. On y cite les obstacles et possibilités □ aide aussi à répondre à la question de recherche.

Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	Dans le résumé on trouve la méthode et le résultat, mais pas clairement le problème et la discussion.	Le problème et la discussion ne sont pas clairement présentés dans l'abstract, mais apparaissent rapidement dans l'introduction de l'article.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	X			On cite directement la charte d'Ottawa qui souligne la réorientation des services de santé vers une plus grande promotion de la santé et que 20 ans plus tard on révèle que c'est la stratégie dont la mise en œuvre est la moins réussie. Déséquilibre encore présent entre les TTT et les soins et les activités de PS.	On sait directement après le premier paragraphe de l'article qu'il est clairement en lien avec notre question de recherche et qu'il peut nous aider à partiellement y répondre.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?			X	L'introduction ne fournit pas une synthèse de l'état des connaissances en se basant sur	Il n'y a pas de recherches antérieures mais ils ont appuyé ce qui est dit par des sources

					des travaux de recherches antérieures.	fiables, tout est toujours référencé.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		X		L'article ne précise aucun cadre théorique ou concept.	Il n'y a pas de théorie infirmière dans cet article scientifique.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	X			<p>L'objectif de l'étude est d'analyser l'engagement des professionnels de la santé suédois en faveur d'une service de santé plus favorable à la santé, de mettre en lumière les obstacles d'un rôle PS dans la pratique quotidienne.</p> <p>Les hypothèses ne sont pas clairement formulées, la question de recherche non plus mais sont implicites.</p>	<p>Ça peut nous être utile. Mais pas tout. On pourra tenir compte des résultats des obstacles du rôle de PS dans la pratique quotidienne mais l'engagement des pro fe la santé en faveur d'un service de santé plus favorable à la santé nous intéresse pas pour notre travail de bachelor.</p>

Méthodes	Le devis de recherche est-il explicité ?		X		Pas clairement explicité.	On sait qu'il s'agit d'un questionnaire qualitatif adressé à la base à 1810 professionnels de santé. J'en conclus donc qu'il s'agit d'un devis mixte.
Devis de recherche	Si non, qu'en diriez-vous ?					
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Oui, il s'agit de 1810 professionnels de santé travaillant de jour en pratique clinique en Suède.	Intéressant pour notre travail car c'est du personnel actif dans la pratique clinique qui répond au questionnaire sur la PS et prévention des maladies. Pays Suède <input type="checkbox"/> OK car pays Européen.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Le groupe de répondants final était composé de 951	

					personnes dont 750 (79%) étaient des femmes. On y retrouve diététiciens, thérapeutes occupationnels et physiothérapeutes, psychologues, infirmières et sages-femmes, conseillers et médecins.	Okay pour notre travail car il reste encore un grand échantillon. Nous ciblons la pratique de la PS infirmière, donc tous les résultats ne nous concernent pas forcément, mais intéressant.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		X		Non, pas précisé	Non, pas précisé
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires	
	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	X			Il s'agit d'une questionnaire qualitatif.	Pour notre travail la partie 1 ne nous intéresse pas, mais la partie 2 et 3 est plus utile pour

				<p>Le questionnaire se composait de trois parties (1. Variables démographiques, sexe etc. ; 2. Éléments liés au rôle promoteur évaluables grâce à une échelle de Likert à 4 points : 3. Quatre questions sur le concept de la santé).</p> <p>Dans la deuxième partie la volonté de développer des rôles de PS et prévention de maladie est mesurée à l'aide d'une seule question « Travaillez-vous dans le domaine de la promotion de la santé et prévention des maladies dans la mesure où vous le souhaitez ». On pouvait répondre par oui/non, je veux</p>	<p>nous car c'est là qu'on peut trouver les obstacles à la pratique quotidienne de la PS et prévention des maladies et donc répondre partiellement à la question de recherche de notre travail.</p>
--	--	--	--	---	---

					travailler moins/non, je veux travailler plus. Pour les personnes qui répondaient non je veux travailler plus ont été invités à indiquer des obstacles au rôle PS dans la pratique quotidienne.	
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	X			Pas de commentaire particulier à faire sur ce point.	Pas de commentaire particulier à faire sur ce point.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	X			Il s'agit d'un questionnaire qualitatif, qui a été testé au préalable. Il a été envoyé avec une enveloppe réponse à l'adresse résidentielle des participants.	Intéressant, ils ont dû envoyer des rappels deux fois, peut-être parce que c'est un sujet abstrait et que certains ne savaient pas quoi répondre ? pas assez

					<p>L'objectif et le contenu de l'enquête ont été décrits aux participants dans une lettre de présentation.</p> <p>Des rappels ont été envoyés à deux reprises, et le dernier rappel comprenait une copie du questionnaire.</p>	<p>d'avis ? pas assez de connaissance du sujet ?</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?</p>	<p>X</p>			<p>Ils ont été informés que la participation était volontaire et que la confidentialité serait assurée tout au long du processus de recherche. Ceux qui décidaient de ne pas participer pouvaient éviter de recevoir des rappels en</p>	<p>Prouve aussi la fiabilité de la recherche pour étoffer notre travail et répondre partiellement à notre question de recherche.</p>

					renvoyant le questionnaire sans réponse. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique local de la faculté de médecine de l'université d'Umeå.	
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	X			Oui, les résultats répondent aux objectifs envisagés. <input type="checkbox"/> analyser l'engagement des professionnels de la santé suédois en faveur d'une service de santé plus favorable à la santé <input type="checkbox"/> mettre en lumière les obstacles d'un rôle PS dans la pratique quotidienne	Comme cité plus haut, le point deux nous intéresse plus pour notre travail de bachelor.

Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Pas de commentaire particulier pour ce point...	Pas de commentaire particulier pour ce point...
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		X		Il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel précisé dans cet article scientifique.	
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	X			Dans la discussion on trouve effectivement Cook et al, Henderson, Weisman, Wahass.	Ça nous concerne pas trop pour le TB. C'est plutôt des études par rapport à la forme de leur méthode pour leur recherche, des études qui parle de PS mais pour psychologues et médecins. On sait seulement qu'avec ça c'est plus fiable.

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Surtout par rapport à la forme de leur méthode de recherche. L'envoi du questionnaire à domicile, des gens qui répondent pas etc.	Ça impacte pas la recherche parce qu'il y a quand même eu 951 répondants au final.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Question peu claire pour moi... Je ne crois pas qu'il l'abordent mais il y a une conclusion pour chaque catégorie et une conclusion générale.	Rien à ajouter.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	X			Oui, dans la conclusion et implications pratiques. Par exemple : « Bien qu'il y ait un fort soutien pour plus de promotion de la santé, on ne peut pas s'attendre à ce que tous les professionnels de la santé aient comme objectif	On pourrait en discuter et en utiliser certaines dans le rapport écrit sous la discussion si cela peut être intéressant et utile.

					personnel de travailler davantage à la PS et à la prévention ».	
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	X			ETC. Les raisons pour lesquelles les hommes et les conseillers sont moins intéressés à développer des rôles de promotion de la santé doivent être élucidées dans de futures études.	Ne nous aide pas forcément pour notre travail de bachelor.
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	Pas de cadre théorique, pas d'hypothèses clairement formulées, peu de recherches antérieures mentionnées	
Commentaires :	Article intéressant dans la globalité. Reprend les stratégies « acquérir des aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé »					

--	--

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	Analyse subjective
Références complètes	Belletti Figueira, A., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Dalmolin, G. de L., Amarijo, C. L., & Ferreira, A. G. (2018). Actions for health advocacy and user empowerment by nurses of the Family Health Strategy. <i>Revista Da Escola de Enfermagem</i> , 52, 1–8. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021603337					
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			On y retrouve l'empowerment et on y dit que la population cible est le personnel soignant dans la santé de la famille.	L'empowerment est un des 3 concepts important pour notre travail. L'article est donc intéressant. De plus il est parlé de stratégies
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			Problème : Explique que l'on cherche à comprendre les action pour la santé en lien avec l'advocacy et l'empowerment développé par les infirmières de la santé familiale au Brésil. Méthode : Explique que c'est une étude qualitative	Le résumé nous a aidé à savoir si l'étude nous intéressait ou non. Sachant que l'on y parle d'empowerment, d'advocacy et de stratégies mises en place par les infirmières, cela est intéressant dans le cadre de notre travail.

					Résultats : Explique le nombre d'infirmière participant à l'étude et comment les résultats sont présenté (3 catégories) La discussion n'est pas présente. On y retrouve la conclusion.	
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?			X	Le problème de recherche n'est pas clairement expliqué.	On peut tout de même comprendre quel est le problème grâce à la question de recherche qui apparaît dans le travail.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?		X		Il est dit qu'aucune étude n'a été trouvé concernant les actions infirmière en matière de défense de la santé et d'autonomisation des utilisateurs.	Ceci est un peu dommage. N'ayant pas d'autre étude faite à ce sujet, nous ne pouvons pas avoir plus de données.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Le concept n'est pas clairement dit comme tel mais nous comprenons qu'il s'agit de l'empowerment et d'advocacy.	Comme dit dans le titre, l'empowerment et l'advocacy est présent, cet article est donc intéressant pour notre travail.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			La question de recherche principal est la suivante : Comprendre les actions de promotion de la santé et d'autonomisation des utilisateurs développées par les infirmières de la Stratégie de santé familiale au Brésil.	La question de recherche est intéressante. En effet, elle reprend les actions de promotion de la santé faite auprès des personnes dans le besoin. Ce qui correspond à notre thématique.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			C'est une recherche qualitative, descriptive et exploratoire.	Le fait que l'étude soit qualitative, nous amène des stratégies étant efficaces dans le domaine de la santé.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Étude qualitative qui concerne un sujet d'ordre qualitatif.	On peut comprendre que le fait que ce soit une étude qualitative, nous apporte beaucoup

						d'information de qualité provenant de professionnelles des soins.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			15 infirmières travaillant au FHS ont été retenus pour participer à l'étude.	Le fait que ce soit des infirmières, entre parfaitement dans notre problématique.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		X		Il est juste dit que ce sont des infirmières du FHS	Le fait de ne pas avoir plus de précision ne nous dérange pas. En effet pour nous le fait qu'il n'y ait pas de précision nous laisse entendre que ce sont des infirmières « généraliste ».
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Les participants avaient autorisé l'enregistrement des entretiens qui dans un premier temps, contenaient des questions fermées pour obtenir les caractéristiques des participants. Ils ont ensuite répondu à des questions ouvertes dans le but d'observer les aspects pouvant présenter des actions de défense de la santé et de responsabilisation des utilisateurs par les infirmières du FHS.	Il est intéressant d'avoir plusieurs étapes dans la collecte de données. Le fait qu'il y ait eu des questions concernant l'infirmière et ensuite des questions en lien avec la promotion de la santé nous donne plus d'information sur comment l'infirmière se voit pratiquer la promotion de la santé.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Il est dit que les entretiens ont été retranscrits en utilisant une analyse textuelle discursive.	Le fait que le texte soit écrit comme s'il s'agissait d'un discours est une manière intéressante de faire. Cela nous fait penser que nous lisons un récit et ça rend la recherche plus facile à lire et à comprendre.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Un aspect éthique a été suivi.	Le consentement donne une preuve que les personnes ont été

					Les participants ont signé un formulaire de consentement clair et éclairé.	d'accord de faire cette entretien et qu'il est donc pertinent.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?		X		L'analyse des données n'est pas expliqué. On y retrouve uniquement les informations concernant les participants et le fait que les résultats soit partager en 3 catégories.	Le fait qu'elle soit détaillée nous aide à prendre point par point les résultats et les analyser individuellement.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	Une autre études n'ayant pas le même but à trouver des résultats similaire.	Nous ne savons pas si nous devons prendre cette information. En effet au début il est dit qu'il n'y a pas eu d'autre études visant le même but mais on retrouve ici une information disant qu'une autre études à été faite et qu'ils ont retrouvé les mêmes résultats concernant un item.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?			X	Certaines parties des résultats est inscrite comme un discours. On peut donc le voir comme du verbatim.	Le verbatim nous permet d'avoir des exemples de dire de professionnels. Ici le fait que le texte soit écrit comme étant un discours, toutes ces parties peuvent être prise pour notre travail, pour appuyer nos dire.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?			X	Dans certaines thèmes on retrouve des points qui auraient pu être mis plus en avant pour que l'on ai plus de facilité à les retrouver.	Ces points aurait pu être mis en avant pour nous aider à mieux retrouver les stratégies utilisées par les infirmières. Nous arrivons tout de même à les retrouver en lisant les paragraphes et en les mettant en évidence.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Il n'est pas expliqué.	

Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?			X	Il y a l'énonciation d'une autre étude mais on ne sait pas laquelle.	Le fait que le nom de l'étude ne soit pas énoncé est dommage car nous aurions pu nous appuyer d'avantages sur cette information.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Ce n'est pas évoquer.	
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Il est recommandé de faire plus de recherche concernant ce sujet car c'est le seul endroit où une étude avec un tel problème a été réalisé.	Il est vrai qu'avec plus d'étude concernant ce sujet, les données seraient plus pertinentes et aurait un plus gros impact.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			En soit, l'article était bien écrit mais certaines parties aurait pu être mieux divisées.	
Commentaires :						

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	Analyse subjective
---------------------	-----------	-----	-----	-----------	--------------	--------------------

Références complètes	Nilsen, E. R., Olafsen, A. H., Steinsvåg, A. G., Halvari, H., & Grov, E. K. (2016). Stuck between a rock and a hard place: The work situation for nurses as leaders in municipal health care. <i>Journal of Multidisciplinary Healthcare</i> , 9, 153–161. https://doi.org/10.2147/JMDH.S100640					
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?			X	On y comprend que l'on parle des infirmière en tant que responsables des soins de santé mais on ne parle de pas concept dans le titre.	Le fait que l'on parle d'infirmière est important dans notre travail car notre travail parle des infirmières.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	<p>Problème : Il est dit que ce document vise à présenter la manière dont les responsables des soins infirmiers dans les services municipaux perçoivent l'interaction avec leurs supérieurs et leur pairs et le soutien qu'ils leur apportent. Il identifie aussi la vulnérabilité et la force de ces dirigeants dans la situation actuelle de pénurie de main d'oeuvre et des autres ressources dans le secteur de soins. En utilisant l'autodétermination.</p> <p>Méthode : Il est dit qu'ils ont fait des entretiens qualitatifs avec 9 dirigeants de maisons de retraite et de services de soins à domicile.</p> <p>Résultats : Il est dit que les responsables de soins sont indépendants par rapport au rôle de leader mais ils manquent de soutien et se sentent laissés seuls par leur chef, le directeur municipal de la santé. La relation entre les infirmières dirigeantes et leurs supérieurs se caractérise par des structures de contrôle et un manque d'autonomie. En conséquence, les relations des chefs de file infirmiers avec leurs subordonnés, et en particulier avec leurs pairs, contribuent à satisfaire leurs besoins de compétence et de</p>	<p>Problématique : L'utilisation de l'autodétermination est la partie la plus importante pour notre travail car nous travaillons sur l'empowerment qui est l'un des concepts que nous avons sélectionnés pour notre travail.</p> <p>Méthode : Les entretiens qualitatifs nous permettent d'avoir des verbatims qui pourraient renforcer notre travail.</p> <p>Résultats : On y parle d'autonomie et c'est un point fort dans l'autodétermination. Pour pouvoir avancer et prendre des décisions il nous faut de l'autonomie.</p> <p>Discussion : Nous montre que le manque d'autonomie peut entraîner une baisse de motivation et de bien-être ce qui nous informe qu'il faut favoriser l'autonomie.</p>

					relations et, dans une certaine mesure, d'autonomie. Discussion : Sensibiliser davantage la direction municipale des soins infirmiers à la valeur du soutien horizontal et de l'interaction avec les pairs et les subordonnés. Mettre davantage l'accent sur le "chaînon manquant" vers le haut entre le directeur municipal de la santé et la responsable des soins infirmiers. L'impact des structures de contrôle étendues et le manque de soutien à l'autonomie de la part des supérieurs pourraient entraîner une baisse de la motivation et du bien-être.	
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Le problème et le contexte sont le manque de main-d'oeuvre dans le secteur des soins de santé est expliqué dans l'introduction.	Ceci est un sujet d'actualité et nous pourrions donc l'utiliser dans notre future travail de professionnel.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?		X		Il n'y a pas de recension des écrits présenté dans l'introduction mais on peut les retrouver dans les résultats et la discussion	Il est dommage qu'il n'y est pas de recension des écrits car nous aurions pu utiliser d'autres nom pour fortifier notre travail.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Il est indiqué que dans cette étude le cadre théorique de l'autodétermination est utilisé.	L'autodétermination, étant l'empowerment, est intéressant pour notre travail.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Comment les responsables des soins infirmiers sont-ils soutenus dans leur rôle de leaders dans un cadre de soins de santé municipal ?	
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il est dit que c'est une étude qualitative.	L'étude ualitatif nous donne des informations sur
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?			X	Ici on comprend que c'est pour cojmprendre l'expérience humaine que vivent les infirmiers dans une relation avec leurs supérieurs.	Le fait d'avoir des expériences écrite nous permet de renforcer les résultats que nous aurons obtenu.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			X	Des infirmières responsable travaillant dans des homes et au soins à domicile.	Le fait que l'on parle de soins à domicile mais aussi des soins dans les homes montre que la situation peu s'appliquer dans plusieurs milieu. Notre travail n'ayant pas de milieu spécifique, nous essayons de trouver des informations concernant plusieurs milieux différents.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			L'étude était composé de sept femmes et deux hommes ; cinq d'entre eux étaient des responsables de maisons de retraite et quatre de services de soins à domicile. Les participants représentaient à la fois les petites et les grandes municipalités, ainsi que les municipalités rurales et urbaines. Ils étaient tous infirmiers de profession et avaient entre 2 et 12 ans d'expérience en tant que responsables de services de soins de santé.	Le fait d'avoir autant de précision peut nous aider car on peut voir si la population est la même que celle que nous avons choisi pour notre travail.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			X	Il est expliqué qui a participer et comment mais il n'y a pas d'autres informations. Elles ont été récolté grâce à des entretien qualitatifs individuels avec 9 responsables municipaux des soins infirmiers.	Le fait d'avoir uniquement 2 informations n'est pas un problème car les informations les plus importantes figure dans le document. <input type="checkbox"/> Entretien qualitatifs.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Il a y eu tout d'abord la collecte des données grâce aux entretiens. Puis il y a eu l'analyse des données réalisé à l'aide de la méthode comparative constante. (Obtenir une vue d'ensemble de grandes quantités de données).	La méthode d'analyse est intéressante car elle va nous permettre d'avoir beaucoup de réponse pour notre travail.

Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le projet a été approuvé par le Data Service norvégien pour les sciences sociales. De plus, les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé. Et les données étaient utilisées anonymement.	Ceci rend le travail utilisable pour les autres.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?			X	<i>On y dit juste que le modèle a commencé par un cadre analytique et qu'il s'est transformé en cadre descriptif.</i>	
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			<i>Il y a du verbatim. On y retrouve d'autres auteurs.</i>	<i>Cela renforce le travail et démontre exactement ce que les personnes ont dit pendant les entretiens de plus le fait de retrouver d'autres auteurs nous permet de faire un lien avec une autre recherche et avoir donc plus de « crédibilité » dans ce que nous avançons.</i>
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			<i>Le verbatim est présent.</i>	<i>Ceci nous permet d'utiliser le verbatim dans notre travail.</i>
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?				<i>Elle est divisée en plusieurs sous-thèmes : le leadership, la relation avec le supérieur hiérarchique, la relation avec les subordonnées et la relation avec les pairs.</i>	<i>Le fait que tout soit séparé en plusieurs points nous aide à nous repérer et retrouver des informations plus facilement.</i>
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?			X	<i>Nous ne trouvons pas cette information.</i>	
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?			X	Certaines études sont énumérées mais il parle principalement de leur étude à eux.	Il est dommage de ne pas retrouver plusieurs études dans cette partie là.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			La question s'y trouve	Il est intéressant de savoir si l'on peut transférer les résultats car si c'est possible nous pourrions l'utiliser dans notre recherche.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Il est dit que ces résultats sont transférables à d'autres contextes, par exemple à des contextes éducatifs à différents niveaux.	Etant donné que dans notre travail nous parlons de promotion de la santé, il est possible pour nous de le transférer à notre travail.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	Il est bien divisé, on retrouve toutes les informations nécessaires mais il est difficile à lire.	
Commentaires :						

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	Commentaires subjectives
Références complètes	Piper, S. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. <i>Nurse Education Today</i> , 28(2), 186–193. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.03.010					
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			On retrouve dans le titre les mots : health promotion, nurse education. Donc le concept et la thématique de l'étude est citée. De plus ils citent « la relation entre l'infirmier-ère et la promotion de la santé ».	Il est intéressant, car on y trouve notre sujet (la promotion de la santé), ainsi que l'éducation des patients par les infirmières <input type="checkbox"/> fait partie d'une des 5 stratégies.

						Il est également intéressant, car ils abordent la PS au niveau du langage, théorique et dans la pratique.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	On retrouve qu'un résumé de l'étude : « Les définitions et la signification des infirmières qualifiées employées dans les hôpitaux de soins aigus du NHS au Royaume-Unis ont donné à l'éducation sanitaire et à la pratique de la PS et la façon dont elles s'adaptent au langage et à la théorie établis a été étudiée qualitativement. Ces concepts, ainsi que les cadres et les modèles de pratique qui les accompagnent, ont fait l'objet d'un débat considérable dans la littérature. Bien qu'elle ne soit pas résolue, tant en général que dans le domaine des SI, une certaine convergence théorique a été établie dans les années 1990. Promotion de la santé : disciplines et la diversité. Routledge, Londres ; Maben, J.M., Macleod Clark, J. 1995. Promotion de la santé : une analyse conceptuelle. Journal of Advanced Nursing 22, 1158-165] avec l'aide de la Charte d'Ottawa [OMS, 1986. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Toutefois, pour de nombreux participants à cette étude, les significations données à ces concepts et l'utilisation prédominante de l'éducation à la santé étaient incompatibles avec une grande partie du langage utilisé dans le cadre du débat général et cela a des implications potentielles pour la formation des infirmières. En effet, si les résultats sont considérés comme transférables, il est nécessaire de développer des stratégies et des programmes d'enseignement qui articulent les fondements idéologiques des politiques et des pratiques et d'utiliser la terminologie courante pour aider les infirmières à comprendre et à contribuer à la le débat contemporain sur la promotion de la santé ».	Domage qu'ils n'aient pas mis le contexte, l'objectif, la méthodes, les résultats et la conclusion synthétiquement. Mais en lisant ce résumé, ils mettent en avant le fait que la promotion de la santé fait l'objet d'un débat considérable dans la littérature.

Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?				L'objectif de la recherche était de découvrir et de comprendre le sens que les infirmières donnent à l'éducation et à la promotion de la santé et d'établir comment celles-ci s'inscrivent dans le langage, la théorie et la pratique existants.	La problématique peut être comprise dans le titre de ce dernier, il est noté subtilement dans l'introduction. Mais on la retrouve dite très clairement dans la conclusion de cet article. C'est une question de recherche pertinente, nous avons pu constater lors de nos recherches que la promotion de la santé est un sujet souvent flou et les définitions sont multiples. Il est donc intéressant de voir ce qu'il en est pour les professionnels de la santé qui sont sur le terrain. Que signifie pour eux promotion de la santé ainsi que l'éducation ?
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			<p>Les recension des écrits présentent très bien le problème, car ils avancent toutes les « significations » qu'ont les plus grand auteurs sur la question de qu'est ce que la pratique de l'éducation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Macleod Clark (1991) et Latter (1992) indique que la pratique de l'éducation à la santé se limitait aux catégories de l'éducation des patients, de la fourniture d'informations et de conseils sur un mode de vie sain que d'encourager la participation des patients et des familles aux soins. • Wilson-Barnett et Latter (1993) ont constaté que les aspects plus contemporains et plus larges de l'éducation à la santé tels que la collaboration, la participation et l'autonomisation n'étaient pas inclus. Cela est conforme au conclusion de Gott et O'Brien (1990), Maidwell (1996) et 	Il est intéressant de voir qu'elle était la vision de l'éducation à la santé dans la temporalité. On constate que ce qu'on a ressorti sur l'évolution de la PS dans notre problématique ressort également ici. Il est normale finalement de trouver différentes définitions vu que personne n'a la même vision de l'éducation/ PS.

					<p>Twinn et Lee (1997) en reflétant un modèle médical et didactique d'interaction infirmière/ interaction avec le patient Twinn et Lee avancent que les infirmières ont limité leur définition de l'éducation à la santé à l'information des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maidwell (1996) ses conclusions sur les infirmières travaillant en milieu chirurgical étaient conformes à celles de McBride (1994) en établissant que la PS fait partie du rôle, mais c'est aussi un élément essentiel qui va de pair avec les soins infirmiers. • Macleod Clark et al. (1996) ont constaté que si les participants faisaient la différence entre l'éducation à la santé et la promotion de la santé, il y avait une certaine confusion quant à leurs caractéristiques déterminantes. • À l'inverse, McDonald (1998) a constaté que les perceptions de la promotion de la santé comprenaient, mais allaient également au-delà, de la diffusion traditionnelle d'informations et de l'enseignement aux patients pour soutenir et encourager les patients dans leur prise de décision, négocier et collaborer sur les besoins et impliquer les patients et leurs proches dans la gestion des soins, la défense des intérêts et l'autonomisation. • Ward (1997), la promotion de la santé était principalement perçue comme une information et des conseils sur le 	
--	--	--	--	--	---	--

					mode de vie et les facteurs de risque plutôt que sur des stratégies de type plus habilitantes et les réponses des étudiants indiquaient une adhésion aux routines hospitalières.	
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			<p>La définition du concept de PS est cité ainsi que celle de l'éducation à la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les définitions de l'éducation à la santé comprennent l'amélioration des connaissances et de la compréhension pour les changements de comportement liés à la santé et aider les personnes à accéder aux services de santé et à gérer les problèmes avant de les utiliser. Pour certains, elle en venue à adopter des notions plus radicales de l'autonomisation et les besoins et le développement de la communauté. • La PS, la Charte d'Ottawa a élargi le débat en mettant l'accent sur une approche de la population, un accent sur la politique sociale, le développement communautaire, la participation du public et le travail en partenariat entre les organisations, ainsi que sur la combinaison du choix personnel et de la responsabilité sociale. 	Ces définitions sont intéressantes, en ce qui concerne la PS on a retrouvé la même, celle venant de la Charte d'Ottawa. Mais avoir celle de l'éducation à la santé est essentielle pour comprendre ce qu'ils veulent nous dire à travers cette étude.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de l'étude est d'explorer la définition et la signification que les infirmières en milieu hospitalier donnent à l'éducation à la santé et à la PS et d'examiner comment elle s'inscrivent dans le langage et la théorie existants.	<i>Le but est cité au début de la méthode.</i> C'est un objectif intéressant surtout quand on sait qu'il y a beaucoup de définitions pour ces termes et qu'il est finalement difficile de savoir ce qu'est réellement l'éducation à la santé et la PS. Les différents paradigmes posent donc problèmes.
Méthodes	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Etude qualitative.	

Devis de recherche					Des entretiens individuels et des groupes de discussion ainsi que par la technique des incidents critiques (CIT) les données qualitatives ont été recueillis.	
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			Une étude qualitative permettra de recueillir des réponses pertinentes pour ce genre de QR.	
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			N=32 participants, ils travaillent tous dans un hôpital de soins aigus et ont fait l'objet d'un échantillonnage ciblé dans toute la structure de classement clinique et de gestion, ainsi que dans des établissement de soins aigus et d'urgence, des personnes âgées, d'oncologie et de santé sexuelle.	Il est bien que l'étude comprenne ces contextes de soins. Cela permettra d'avoir des stratégies transférables dans différents domaines de soins.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Mis ci-dessus. Les participants doivent travailler dans un contexte hospitalier : SA, urgence, gériatrie, oncologie et santé sexuelle.	C'est bien que le contexte soit multiple, il sera donc plus facile de faire un transfert entre les différents contextes.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Les données ont été collectées à partir de comptes rétrospectifs en utilisant le questionnaire qualitatif de Benner (1984) qui a développé la technique pour sa recherche sur les niveaux d'expertise en soins infirmiers et par entretien (Woolsey, 1986 ; Norman et al., 1992).	C'est une bonne méthode de collecte de données, car sur ce genre de sujet les entretiens sont les plus pertinents. De plus au niveau des résultats des verbatims sont présents ce qui est d'autant plus intéressant.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Des entretiens ont été fait (groupe et individuel), mais ils ont été enregistré et retranscrits, codés et analysés en utilisant les lignes directrices du manuel de Hycner (1985) et des logiciels de données qualitatives assistées par ordinateur	
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			« Le travail sur le terrain a été mené conformément aux directives éthiques universitaires pour la recherche à utiliser lors de la réalisation de recherches sur des sujets humains et a été approuvé par le comité de diplôme de recherche approprié. »	

Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?			X	L'analyse n'est pas très clair dans cet article. « Le rôle de l'infirmière en tant qu'informateur était le thème central des conclusions et de la pratique de l'éducation à la santé et impliquait la diffusion d'informations au patient afin d'accroître la connaissance et la compréhension de la maladie, du diagnostic, du pronostic et du traitement et d'aider à la prise de décision. Il sous-tendait les deux sous-thèmes du changement de comportement et de l'autonomisation. Le premier visait à atteindre les résultats comportementaux définis par l'infirmière et donc l'observance thérapeutique et l'autogestion en fonction de ceux-ci par les patients ».	Ce n'est pas très clair, ils auraient dû mieux sélectionner leurs résultats. L'analyse n'est pas très clair, donc par déduction je suppose que c'est ce qui est mis entre « .. ».
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	Des méthodes telles que le CIT et les lignes directrices du manuel de Hycner ont été utilisés pour analyser les données récoltées. Mais il n'est pas cité dans l'article qu'ils ont crédibilisé leur écrit en faisant certaines choses.	C'est dommage qu'ils ne le disent pas, car du coup cela décrédibilise un peu leur étude, mais cependant ils ont tellement utilisés d'étude et d'auteur confirmé sur le sujet que finalement cela montre que cette étude tient la route et peut être fiable.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les résultats sont cités et contient énormément de verbatim sur ce que pense les infirmier-ères des différents secteurs de soins. L'éducation à la santé a gagné en profondeur et en formalisme, grâce une base de connaissances médicales. Par exemple : « Judith : (infirmière générale) ... l'éducation à la santé a une approche plus formalisée, peut-être une sorte de session d'enseignement ou de brochure, alors que la promotion de la santé est une chose plus informelle et continue qui se passe beaucoup en dehors de l'hôpital ». La promotion de la santé était moins formelle, les interventions spécifiques à un sujet donné	On constate que l'éducation à la santé est un sujet plutôt bien maîtrisé par les professionnels de la santé, contrairement pour la promotion de la santé. Il est bien d'avoir mis les dire des personnes concernant leurs QR cela rend les résultats plus intéressant, car ce sont les visions des choses de personnes sur le terrain.

				<p>pouvaient constituer une partie opportuniste de la pratique infirmière hospitalière et plus encore en terme de caractéristique distinctive, n'avaient aucun rapport aux patients présentant une maladie. La promotion de la santé ne se concentre pas sur les besoins individuels des patients, n'implique pas d'enseignement sur les maladies ou la présentation des problèmes et se préoccupe davantage de la prévention primaire. Il s'agissait notamment de donner des conseils généraux sur les questions de santé, d'aider les gens à gérer les choses négatives de leur vie et de les aider à passer d'un état malsain à un état de bien-être.</p> <p>Par exemple : « Wendy : (Infirmière de direction) ... mes enfants voient actuellement l'infirmière scolaire, donc ils sont encouragés à être actifs à l'école, ils sont encouragés à manger de la bonne nourriture, à ne pas regarder la télévision tout le temps, à faire beaucoup d'exercice, c'est de la promotion de la santé parce que c'est essayer d'empêcher que quelque chose se passe ».</p>	
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X		<p>Les thèmes ressortis lors de cette étude sont le changement de comportement et l'autonomisation. Le changement de comportement : obtenir des résultats comportementaux définis par l'infirmière et donc une conformité thérapeutique et autogestion en accord avec ceux-ci par les patients.</p> <p>L'autonomisation : aider les patients à comprendre leur situation, à penser positivement, à leur apporter un soutien psychologique, à établir des relations, à développer un partenariat entre les infirmières et le patient, à configurer les services en fonction des aspirations et de la commodité du patient et à promouvoir la participation à des groupes</p>	<p>Ces deux thèmes sont très clairement en corrélation avec la problématique. L'autonomisation ainsi que le changement de comportement sont très proche de la PS et de l'éducation à la santé.</p>

					d'utilisateurs de services et la défense de leurs intérêts.	
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Pas cité dans l'article	
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Des auteurs tels que Whitehead, Robinson, Rush, ... sont mis en avant dans la discussion : « Pour que les infirmières adoptent une approche structurée et systématique pour la PS. Cela peut être partiellement réalisé par l'outil d'audit de Burke et Smith (2000), mais si les infirmières veulent contribuer pleinement à la promotion de la santé, la philosophie et les structures organisationnelles qui sous-tendent la pratique (Robinson et Hill, 1998 ; Northrup et Purkis, 2001) et les programmes d'études concomitants (Rush, 1997) doivent également être clairement articulés. En termes d'implications pour les patients/clients, il est important de se rappeler que l'accent mis sur le changement de comportement et les aspects "visibles" (Rush, 1997) de la promotion de la santé reste important et peut être aidé en utilisant différentes stratégies d'enseignement pour faciliter l'apprentissage (Hsiao et al., 2005) ».	Il est intéressant de mettre les écrits et les résultats en avant. Les auteurs mis en avant sont des spécialistes de la PS tels que Whitehead, Robinson, qui est souvent repris. Ce sont de plus des auteurs sur lesquels nous nous sommes basées pour notre travail, donc on pourra faire facilement des liens entre cette étude ainsi que notre problématique.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			«Whitehead (2003, 190 S. Piper 2006) fait écho à cette préoccupation en notant que les infirmières ne parviennent pas à conceptualiser la différence entre l'éducation et la promotion de la santé et les significations contemporaines en faveur des perspectives traditionnelles. L'argument est que si cette position persiste, et si les formateurs d'infirmières considèrent que les conclusions de cette étude sont transférables et que le langage courant n'est pas utilisé, alors la voix des infirmières peut ne pas être entendue par les autres disciplines (Gottlieb, 1992) et peut devenir "invisible" (Falk Rafael, 1999, cité dans	

					Whitehead, 2006). Cela peut entraîner une incapacité des soins infirmiers à apporter une contribution complète au débat sur la théorie et la pratique de la promotion de la santé. »	
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			«L'argument est que si cette position persiste, et si les formateurs d'infirmières considèrent que les conclusions de cette étude sont transférables et que le langage courant n'est pas utilisé, alors la voix des infirmières peut ne pas être entendue par les autres disciplines (Gottlieb, 1992) et peut devenir "invisible" (Falk Rafael, 1999, cité dans Whitehead, 2006). Cela peut avoir pour conséquence que les soins infirmiers ne contribuent pas pleinement au débat sur la théorie et la pratique de la promotion de la santé ».	Les recommandations ne sont pas très claires, de plus ils sont dissimulés dans la discussion. Et ils ne précisent pas pour de prochaines recherches.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article est pertinent et l'appui des dires en utilisant des auteurs connus dans le domaine de la promotion de la santé le rend plus crédible. Cependant ils auraient dû mieux structurer leur article pour faciliter la lecture et la compréhension pour certains passages tels que l'introduction, résultat et discussion.	
Commentaires :						

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	Commentaires subjectifs
Références complètes	Heidemann, I. T. S. B., Alonso da Costa, M. F. B. N., Hermida, P. M. V., Marçal, C. C. B., Antonini, F. O., & Cypriano, C. C. (2019). Health promotion practices in primary care groups. <i>Global Health Promotion</i> , 26(1), 25–32. https://doi.org/10.1177/1757975918763142					
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			« Pratiques de promotion de la santé dans les groupes de soins primaires ». Le titre avance que cet article parlera de la pratique de la PS dans les soins primaires. Le concept est clair et la population est vaste mais pertinente, car il comprend tous les professionnels qui pratiquent des soins de santé primaire.	Ce qui est intéressant également c'est que les soins de santé primaire est une approche globale de la santé et du bien-être centrée sur les besoins et les préférences des individus, des familles et des communautés (OMS, 2018). Et dans les 5 stratégies nous retrouvons le point : renforcement de l'action communautaire, qu'on risque de retrouver dans cet article.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			<i>L'abstract n'est pas séparé comme on retrouve dans d'autre article (introduction, méthodes, résultats, conclusion), mais on les retrouve tout de même dans le texte et de manière claire et résumée.</i> <ul style="list-style-type: none"> • C'est une étude descriptive-explicative utilisant une approche qualitative menée au Brésil. • 21 infirmières ont été interrogées de février à octobre 2012, dans un cadre d'entrevues semi-structurées utilisant des questions pour sonder leurs pratiques de PS. • Les données ont été analysées par le biais d'une analyse thématique axée sur les concepts de PS. 4 thèmes ont été identifiés : <ul style="list-style-type: none"> • la formation des infirmières à la pratique de la PS était faible. • Les infirmières ont formé des groupes de promotion de la santé autour des maladies et des étapes de la vie. 	Dans ce résumé on distingue que le pays concerné et où l'étude a été menée est le Brésil. Cela est intéressant, car on pourra distinguer si la pratique de la PS est plus ou moins la même qu'on retrouve en Suisse et si les difficultés qu'ils rencontrent là-bas sont les mêmes qu'ici. De plus il ne faut pas ignorer que la PS est un sujet international, on est sensé avoir la même pratique de la PS de la santé car l'OMS a mis en place des Chartes pour la bonne pratique de la PS (Ottawa, Alma-Ata, ...). On a pu constater lors de nos recherches qu'il y avait un gros lapsus concernant le terme PS, on a relevé qu'il n'était pas toujours clair ou bien compris par les professionnels de la santé et dans ce résumé il avance également ce point.

					<ul style="list-style-type: none"> • Les infirmières ont formé des groupes pour répondre aux besoins de la communauté. • Les infirmières ont utilisé des techniques de promotion de la santé dans le cadre de travaux de groupe. • Ces infirmières de santé familiale étaient quelque peu conscientes de l'importance de la PS, et de la manière d'aider la population contre diverses affections en utilisant certaines stratégies de PS. • Les principales faiblesses étaient le manque de compréhension des concepts de promotion de la santé, et la difficulté de comprendre la pertinence de sa pratique, probablement attribuable aux limites de la formation. • Conclusion : Les groupes de soins primaires du système de santé unifié du Brésil pourraient faire mieux en appliquant les concepts de PS dans les pratiques. 	
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?			X	<p>La problématique se trouve vers la fin de l'introduction.</p> <p>Ils avancent que « le concept de PS a été systématisé et diffusé dans les discussions internationales qui défendent les actions intersectorielles et valorisent la santé comme faisant partie de la qualité de vie d'une population. Mais il reste des difficultés à comprendre les objectifs. Des idéologies erronées subsistent quant à sa conception dans les services de santé, avec des cas fréquents de mauvaise gestion par les professionnels qui limitent la PS à l'éducation sanitaire, en mettant l'accent sur la transmission des connaissances et la modification des comportements malsains, ... » .</p> <p>Ils avancent que « la pratique de la PS dans les groupes de soins primaires représente l'une des principales responsabilités de l'infirmière. En tant</p>	<p>Elle est peu claire, car elle n'est pas explicitée rapidement et qu'elle est dissimulée dans le texte au milieu des recensions des écrits.</p> <p>Mais cependant la problématique est pertinente et c'est une des choses qui est le plus retrouvée au niveau des écrits. Il y a effectivement un problème au niveau de ce qu'est réellement la PS et comment elle est comprise et comment elle est appliquée.</p>

					qu éducatrices, les infirmières devraient être capable d'analyser de manière critique leur rôle afin de discerner si leurs actions contribuent à la PS dans différents groupes socioculturels. Il pourrait s'agir de comprendre les forces et les faiblesses du contexte de vie en tant que groupe, de favoriser la complémentarité entre les connaissances scientifiques et populaires afin de tenter de construire collectivement une connaissance contextualisée d'une réalité locale. »	
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			<p>Ils ont expliqué l'évolution qu'a eu la promotion de la santé au Brésil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PS est un ensemble d'action qui visent à transformer les conditions de vie et à offrir des possibilités à la santé, de bien-être et de l'autonomisation des groupes et des personnes qui sont socialement défavorisés pour obtenir une meilleure qualité de vie. Les professionnels de la santé et les responsables de la santé peuvent jouer un rôle dans la PS quand ils sont formés. • En 1970 au Brésil : mouvement de réorganisation de la santé a commencé avec le mouvement pour la réforme de la santé, qui a mené à une proposition de soins de santé alternatifs qui a eu une forte influence sur le concept élargi défini lors de la Conférence d'Alma-Ata en 1978. • En 1988 la Constitution fédérale du Brésil a apporté des changements importants : approuver la santé comme un droit universel et créer le système de santé unifié (SUS) basé sur les principes 	<p>Le contexte historique est important dans la promotion de la santé, car il y a énormément de changement sur comment se soigner ou comment apprendre à l'autre à viser le bien-être pour être en santé.</p> <p>Ce qui est intéressant c'est que la promotion de la santé ne touche pas que les personnes dans le domaine des soins, mais également la politique d'un pays ainsi que la communauté, population qui y vit.</p>

					<p>de la politique de soins de santé primaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2006 la politique national de la PS (PNPS) a été mise en place dans le but de « promouvoir la qualité de vie et de réduire la vulnérabilité et les risques sanitaires liés à ses déterminants - modes de vie, conditions de travail, logement, environnement, éducation, loisirs, culture et accès aux biens et services essentiels ». • Les soins de santé primaires sont devenu un système de soins de santé réorienté, et la stratégies de santé familiales (ESF) a été la principales proposition du ministère de la santé pour la réorientation de ces soins. Par le biais du FSE/ ESF, les services de santé sont organisés de manière à donner la priorité à la promotion, protection et au rétablissement de la santé, de manière globale et continue. • ... (cf. grille de résumé) 	
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			<p>Une définition de la PS de la santé est cité au début de l'intro et les 5 stratégies qu'on retrouve dans la Charte d'Ottawa y ressortent.</p> <p>La PS est un ensemble d'action qui visent à transformer les conditions de vie et à offrir des possibilités de santé, de bien-être et d'autonomisation des groupes et des personnes qui sont socialement défavorisés afin d'obtenir une meilleure qualité de vie.</p>	<p>La définition de la PS est cité au début de l'étude, ce qui pose le cadre et le sujet dont l'étude va aborder.</p> <p>De plus les auteurs mettent la PS et le contexte historique en liens ce qui est très important en vue de l'évolution qu'à cette dernière durant ces dernières années.</p>
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			<p>Leur question de recherches est celle-ci : quelles pratiques de promotion de la santé ont été développées par des équipes d'infirmières de santé familiale dans une région du sud du Brésil ?</p>	<p>Intéressant pour notre travail, car ils avancent sûrement des pistes sur comment on pratique la PS dans les soins.</p>
Méthodes	Le devis de recherche est-il explicité ?	X				

Devis de recherche					C'est une étude descriptive et exploratoire qui se caractérise par une approche qualitative.	
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			La recherche descriptive examine les détails et les caractéristiques d'une population, d'un phénomène ou d'une expérience, et utilise des questionnaires et une observation systématique pour la collecte de données. Ce type de recherche vise à observer des faits, à les enregistrer, à les analyser et à les interpréter, ce qui permet d'obtenir de nouvelles informations. Nous avons opté pour une conception qualitative en raison de son potentiel à découvrir de nouvelles significations ou compréhensions d'une question.	Une étude qualitative pour ce genre de sujet et plus intéressante qu'une étude quantitative. Car nous cherchons à comprendre comment font les professionnels de la santé pour pratiquer la promotion de la santé et nous cherchons pas spécifiquement combien de personnes la pratiquent.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Ils ont interrogé 21 infirmières des unités de santé familiale de ces municipalités.	C'est pertinent de voir qu'elle est la vision de la PS des infirmières qui travaillent avec la population.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les infirmières ont été choisies par les coordinateurs des unités et les entretiens ont été menés par des membres du Laboratoire de recherche, d'infirmierie et de promotion de la santé (LAPEPS) ayant reçu une formation préalable.	
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			La collecte de données a été effectuée de février à novembre 2012 dans 10 municipalités (Alfredo Wagner, Canelinha, Nova Trento, Palhoça, São João Batista, Tijucas, Leoberto Leal, Major Gercino, Garopaba et Paulo Lopes) situées dans la région du Grand Florianópolis, Santa Catarina, dans le sud du Brésil. Les entretiens ont été programmés par téléphone, en fonction de la disponibilité des participants, et réalisés individuellement par les chercheurs dans un lieu privé de l'unité de santé qui se prêtait à l'enregistrement.	

Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?				Les entretiens ont duré environ une heure, en utilisant un script validé et adapté, avec des questions ouvertes sur les groupes développés dans l'unité de santé, affectation des inf., la formation pour mener des groupes de PS, et les méthodes utilisées pour mener des groupes de soins primaires. Analyses thématiques ont été utilisées pour l'analyse et l'interprétation des données. Après la transcription des entretiens, elles ont été lus par les chercheurs concernés ce qui a permis de lancer une pré-analyse et une exploration des données, qui ont ensuite été regroupées en unités thématiques.	Le fait que ce soit des entretiens nous assure qu'on nous aura les dires des infirmières et donc la vision qu'elles ont de la PS sur le terrain, car nous savons que la mise en pratique de la PS est complexe.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Cette étude est conforme à la résolution n°196/96 du Conseil national de la santé et approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université fédérale de Santa Catarina, dans le cadre du processus n° 2368/11. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement libre et éclairé et, afin de garantir la confidentialité des informations, les participants à cette étude ont été identifiés par la lettre "P" suivie d'un numéro, qui représente la séquence dans laquelle la transcription a été effectuée (P1, P2, à P21).	
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?			X	Des analyses thématiques ont été utilisées pour l'analyse et l'interprétation des données (13). Après la transcription de toutes les déclarations, elles ont été lues par les chercheurs concernés, ce qui a permis de lancer une pré-analyse et une exploration des données, qui ont ensuite été regroupées en unités thématiques.	
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			La méthode, l'analyse des données ainsi que le travail effectué par les experts crédibilise cette étude.	

Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X		<p>Les résultats sont classées sous 4 points :</p> <p>a. La formation des infirmières pour la pratique de la PS était faible.</p> <p>3 des 21 infirmières n'ont pas reçu une préparation spécifique pour la pratique de la PS. 11 ont reçu une préparation pendant leur cursus de 1^{er} cycle.</p> <p>14 ont reçu une préparation pendant des programmes de spécialisation en santé familiale, santé mentale, gérontologie, obstétrique, ...</p> <p>b. Les inf. ont formé des groupes de PS autour des maladies et des étapes de la vie. Les infirmières ont indiqué que les groupes de promotion de la santé qu'elles ont créés le plus souvent étaient ceux qui s'occupaient de patients souffrant d'hypertension et de diabète. D'autres groupes ont été créés pour les personnes âgées, les femmes enceintes, et concernant les questions de soins aux enfants, la marche et le tabagisme.</p> <p>c. Les inf. ont formé des groupes pour répondre aux besoins de la communauté Les infirmières que nous avons interrogées ont déclaré qu'elles formaient des groupes dans leur cabinet pour répondre aux besoins de la population. Comme l'a dit l'une des personnes interrogées, "cela correspond aux besoins de la communauté".</p> <p>d. Les inf. ont utilisé des techniques de PS dans le cadre d'un travail de groupe. En ce qui concerne les méthodes utilisées dans les groupes de promotion de la santé, un éventail de techniques a été appliqué, allant des conférences</p>	<p>Le fait d'avoir classé les résultats obtenues sous différents points est intéressant et rend la lecture agréable et plus compréhensible. On retrouve les dire des infirmières interrogées, cela apporte les connaissances et la vision des personnes sur le terrain.</p>
----------------------------	--	---	--	--	---

					traditionnelles à des pratiques plus créatives telles que la danse, les tables rondes sur les expériences, les dessins, les différentes dynamiques de groupe et les ateliers.	
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les auteurs ont séparé en plusieurs thèmes leur résultats.	C'est une très bonne idée de séparer les résultats sous différents thèmes, cela facilite la compréhension et la lecture de l'étude.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			Après la transcription des entretiens, elles ont été lus par les chercheurs concernés ce qui a permis de lancer une pré-analyse et une exploration des données, qui ont ensuite été regroupées en unités thématiques.	
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?			X	« Les infirmières ont un rôle dans l'éducation pour prévenir les maladies, mais elles pourraient aussi jouer un rôle plus important dans la promotion de la santé en sensibilisant aux causes en amont de la santé et des maladies, en encourageant l'action collective pour combler les lacunes des services et des politiques, et en créant des environnements qui se soutiennent mutuellement. Les infirmières sont bien placées pour intégrer ces pratiques en raison de leurs liens étroits avec les besoins et les conditions de la communauté, notamment en matière de santé familiale. La promotion de la santé pratiquée par les infirmières dans notre étude s'adressait à des personnes à différentes étapes de la vie et de la prévention des maladies, en s'éloignant des besoins de la communauté et des déterminants de la santé. »	Les résultats ainsi que la discussion ont été mis ensemble. Donc il est difficile d'avoir exactement la partie discussion.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			Il est nécessaire d'investir davantage dans l'intégration des pratiques de la PS, étant donné le manque actuel de ressources.	La PS ne peut pas se mettre en pratique comme ça du jour au lendemain, il est donc normal que des recherches soient faites et que des ressources supplémentaires soient mises en place.

Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Il est recommandé de mener des études complémentaires sur cette question avec d'autres professionnels du FSE afin de comprendre et de développer des stratégies et des méthodes actives pour intégrer la promotion de la santé dans les groupes de travail. Cette étude peut stimuler les discussions avec les professionnels de la santé et les chercheurs sur la promotion de la santé dans les soins primaires. En outre, elle permet d'élargir les connaissances sur ces pratiques au Brésil, tout en mettant en lumière le potentiel de travail interdisciplinaire et intersectoriel qui peut agir sur les déterminants sociaux dans ce contexte.	
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est pertinent, cependant la seule remarque que j'ai à faire c'est qu'ils ont mis les résultats et la discussion ensemble. C'est un peu compliqué du coup de ressortir les points clés de la discussion pour remplir cette grille. Mais l'étude amène des points très pertinents et utiles pour notre travail.	
Commentaires :						

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	Analyse subjective
Références complètes	McLellan, J. M., O'Carroll, R. E., Cheyne, H., & Dombrowski, S. U. (2019). <i>Investigating midwives' barriers and facilitators to multiple health promotion practice behaviours : a qualitative study using the theoretical domains framework</i> . 1–10.					
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Concerne les sages-femmes (infirmière). Comportement dans la pratique de la promotion de la santé (obstacles et facilitateurs de la promotion)	Titre est intéressant car on retrouve les mots « health promotion practice behaviours » □ comportement pour la pratique de la promotion de la santé. Dommage qu'il concerne les sages-femmes, mais ça reste des infirmières spécialisées dans un domaine.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			<p>Contexte: Les sages-femmes sont censées exercer le comportement dans la pratique de la promotion de la santé (HePPBes). Des obstacles sont présent et qui rendent difficile la pratique de la HePPBes. Le but de l'étude est d'examiner ces obstacles ainsi que les facilitateurs dans la réalisation des HePPBes pour les sages-femmes.</p> <p>Méthodes: 2 types d'études ont été réalisés, des entretiens et un questionnaire en ligne. L'étude 2 a appuyé et complété les obstacles identifiés dans l'étude 1.</p> <p>Résultats: Les principaux obstacles rencontrés étaient d'effectuer encore plus d'HePPBes en plus de leurs charge de travail, les ressources cognitives qu'elles ont, la qualité des relations avec les patientes, le manque de continuité des soins et la difficulté d'accéder à une formation appropriée.</p>	Le résumé est clair et explique bien l'objectif de l'étude, ainsi que les résultats.

					<p>Les facilitateurs comprenaient la motivation des sages-femmes à aider les patients.</p> <p>Conclusion: Des interventions qui soutiennent les sages-femmes en travaillant sur les obstacles et les facilitateurs pour aider les patientes à faire face à leur comportements de santé sont nécessaires.</p>	
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			La problématique est clairement définie dans l'introduction. Ils cherchent à examiner les obstacles et les facilitateurs des sages-femmes dans la réalisation du HePPBes.	La problématique est clairement énoncée qu'à la fin du chapitre « introduction ». Intéressante pour notre travail, car elle vise les problèmes et les ressources qu'on ces infirmières spécialisés dans la pratique des comportements dans la pratique de la promotion de la santé.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Il est avancé que des études antérieures ont examinés le comportement des professionnels de la santé maternelle en utilisant le cadre théorique des domaines.	Je trouve peu clair ce qu'ils souhaitent avancés, c'est peut-être dû à la traduction ou les abréviations.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?			X	Il est cité qu'ils utilisent un cadre des domaines théoriques, mais il est moyennement expliquer.	J'ai dû faire des recherches sur ce qu'est le TDF traduit en tant que cadre des domaines théorique, mais c'est un point qui est moyennement claire.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but est de l'étude se retrouve sous objectifs, un point est entièrement dédié pour parler du but de l'étude	Le paragraphe est court et très clair, on comprends les objectifs de l'étude.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Le devis est présent et ils présentent les 2 études.	Tout y est.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			La question est de savoir quels sont les difficultés que rencontre les sages-femmes face à la promotion de la santé dans la pratique et pour répondre à cette question ils ont fait une étude qualitative.	Je trouve que c'est une bonne idée pour traiter la question que de faire une étude qualitative.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Présente pour les 2 types d'études faite.	La population est expliqué à chaque fois que ce soit pour la 1 ^{ère} ou la 2 ^{ème} étude.

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Le nombre de personnes est cité : 11 pour la 1 ^{ère} étude avec des critères précis et 505 personnes au total qui ont été retenus pour cette étude là.	Tout est bien expliqué, le nombre de personnes ainsi que les critères d'exclusion et d'inclusion.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Il est expliqué pour les 2 études l'endroit où ont été fait les entretiens et le questionnaire en ligne.	Tout est bien expliqué.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Tout le déroulement de l'étude est à chaque fois bien expliqué.	
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui et pour les 2 études: 1. Le comité d'éthique de l'université de Stirling en psychologie a approuvé l'étude. L'approbation du NHS research and Development a été accordée par le Greater Glasgow and Clyde Health Board. 2. L'éthique générale de l'université de Stirling a approuvé l'étude.	Je trouve bien qu'ils aient mis les droits éthiques pour les 2 genres d'études. C'est bien vu que c'est 2 genres d'étude très différentes.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Présent, mais un peu mis discrètement dans le texte	Pas facile de comprendre et de voir où ils expliquaient comment ils analysent leurs études
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?			X	Il est juste dit que pour la 1 ^{ère} étude une JM a mené les entretiens.	J'ai dû faire des recherches supplémentaires pour savoir quel était ce JM.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?			X	Trop long et beaucoup d'information et beaucoup de retranscription parfois difficile à comprendre.	Un peu trop de lien avec les sages-femmes, mais heureusement qui nous parlent en tant qu'infirmière. Difficile car beaucoup trop d'info pour la 1 ^{ère} étude surtout.

	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Heureusement tout est séquencée, donc ça rend plus facile la lecture malgré toutes les infos	C'est ce qui m'a permis de comprendre les résultats. Heureusement qu'ils ont séparé par des thématiques.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			Une experte a suivis toute l'étude de prêt (JM et SD)	JM est expliqué plus haut, donc on comprend que c'est une experte dans le domaine, mais SD n'est pas expliqué clairement mais ils disent qu'ils se mettaient d'accord entre eux sur la façon d'analyser les résultats.
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Il y a un point qui se nomme « relation avec d'autre études »	C'est un paragraphe entier où toutes les informations sont bien écrites.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		-	-
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Ils citent ce qui les sages-femmes auraient besoins pour pouvoir faire de l'HePPBes. Et il y a un point qui se nomme « questions sans réponse et recherches futures »	C'est bien de faire un point rien que sur les questions sans réponse et les futures recherches.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X	X		Oui car tout est structuré et les études sont séparées et très distincts.. Non dans le sens qu'il y a beaucoup d'abréviation pas forcément expliqué dans l'article.	C'est un article intéressant et les 2 études sont très bien amené et expliqué.
Commentaires :	Point négatif : beaucoup d'abréviation sans explication, on est donc des fois coupé dans la lecture pour aller chercher la signification pour comprendre ce qu'ils veulent dire.					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	Analyses subjectives
Références complètes	Fereidouni, Z., Sarvestani, R. S., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M., & Kalyani, M. N. (2019). <i>Moving Into Action : The Master Key to Patient Education</i> . 27(1), 1–8.					
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?		X		Le titre cite uniquement les points clés de l'éducation des patients, ils ne citent à aucun moment les personnes qui pourrait éventuellement être concerné par cet article tels que les infirmières.	Je trouvais intéressant, car en lisant le titre je me suis posée la question est-ce que lorsqu'ils écrivent « Master Key to Patient Education », ils veulent dire les méthodes pour l'éducation des patients ?
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X			<p>Contexte: La maladie et les hospitalisations sont des contextes qui augmentent le besoin d'aide et d'éducation. La plainte la plus courante des patients est de recevoir une mauvaise éducation en Iran.</p> <p>But: Explorer les perspectives et les recommandations des infirmières pour améliorer l'éducation des patients.</p> <p>Méthodes: Conception exploratoire qualitative avec une approche d'analyse de contenu qualitative. Des entretiens semi-structurés ont permis de recueillir les données.</p> <p>Résultat: L'analyse a permis de relever un thème, 2 sous-thèmes et 4 catégories.</p> <p>Conclusion: Les résultats de l'étude permettent d'avoir une image complète de l'éducation des patients et mettre les gestionnaires au défi de</p>	L'objectif c'est ce qui m'a le plus intéressé : « Cette étude avait pour but d'explorer les perspectives et les recommandations des infirmières pour améliorer l'éducation des patients. » C'est ce qu'on recherche pour notre QR.

					développer des stratégies pour planifier et mettre en œuvre les changements appropriés.	
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			On retrouve la problématique dans l'introduction. La maladie et l'hospitalisation sont des facteurs qui accroissent le besoin d'assistance et d'éducation. Une éducation médiocre est actuellement la source la plus fréquente des plaintes des patients dans le secteur de la santé en Iran.	La problématique est intéressante car ils amènent que les maladies et l'hospitalisation sont des situations qui augmentent les besoins d'éducation pour les patients et que les patients se plaignent s'ils ne reçoivent pas d'éducation □ ça devient donc un besoin, la promotion de la santé est donc une priorité pour la population
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Les recensions des écrits sont présentes et elles amènent des points essentiels sur la situation de l'éducation, ainsi que les points de vues des différents des auteurs sur la question.	C'est intéressant car ils amènent le fait que le manque de formation et de confiance en soi est un facteur qui contribue à la réticence des infirmières à l'éducation
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			L'éducation est le concept théorique de cette étude. Il est défini au début de l'introduction comme étant un processus interactif dans lequel l'apprentissage a lieu et est un besoin humain fondamental.	J'aurais préféré qu'il soit mieux démarqué, car à la première lecture je ne m'étais pas rendu compte qu'il s'agissait du cadre conceptuel. Mais à part ça je trouve ce point très pertinent c'est bien qu'ils soient placés au début □ c'est un point important.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			Le but de cette étude est de documenter les perspectives et les recommandations des infirmières en ce qui concerne l'éducation des patients. Il est cité à la fin de l'introduction.	C'est intéressant car ils recherchent les recommandations des infirmières pour l'éducation des patients □ retrouve dans les 5 stratégies de la Charte d'Ottawa.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			On retrouve le devis dans la méthode	
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	X			C'est une étude qualitative et le but de la recherche est de documenter les perspectives et les recommandations des infirmières en ce qui concerne l'éducation des patients.	C'est cohérent, pour répondre à ce type de recherche il faut une étude qualitative et non quantitative. Ce qui nous intéresse c'est de connaître les recommandations et non pas le nombre de personnes ou de recommandation pour faire de

						l'éducation pour les patients, mais les plus pertinentes et utiles.X
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Un paragraphe nommé « Setting et Participants » présente tous les participant et les conditions d'inclusion. N=24 participants dont 8 sont des infirmières chef et 16 sont des infirmières cliniciennes.	Intéressant, car ça concerne les infirmières malgré que ce soit des infirmières chefs et cliniciennes.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	X			Les critères d'inclusion sont cités. Il est expliqué comment les participants ont été choisis. On retrouve également le contexte de soins dans lesquels les participants avaient travaillé.	Intéressant, car ils ont pris des infirmières et des cliniciennes qui ont travaillé dans les services de médecine, chirurgies, d'urgence et de pédiatrie. Ce qui permet d'avoir des recommandations applicables dans divers contextes.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Des entretiens ont été faits pour recueillir les données.	Intéressant, car de cette façon on a droit à avoir des réponses complètes et développer de la part des infirmières.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Tout est bien détaillé. On retrouve le développement de l'étude sous un point en particulier	
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Sous « Considérations éthique » ils disent que l'étude a été approuvée par le comité d'éthique	
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			On a dans cet article un point nommé « data analysis », cependant il se trouve dans la partie méthodes et non résultat.	Ils ont classé les données sous différents sous-thèmes.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Pour assurer la crédibilité, échantillonnage intentionnel des participants, triangulation par l'utilisation de différentes méthodes, différents types d'informateurs et différents et les vérifications par les membres des données collectées ont été utilisées et des	

					interprétations/théories ont été formées (codification et catégories ont été présentés aux participants avec une demande suggérant les révisions/améliorations éventuelles).	
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les résultats sont bien séparées sous différents points et sous-points, on retrouve également des verbatims.	C'est plus facile de comprendre quand les résultats sont séparées sous plusieurs points et sous-points.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Ce qui mettent en avant a un lien avec la thématique.	
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Pas cité dans l'article	
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Ils énoncent ce qui a été mis en avant par d'autres auteurs dans la partie discussion et mettent en avant les résultats obtenues à la suite de leur étude.	C'est intéressant qu'ils appuient leur résultats avec d'autres études.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	X			On retrouve sous le point « implications pour la pratique » la transférabilité des résultats dans la pratique.	C'est bien qu'ils aient mis ce point de cette façon, car c'est un point intéressant et important.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			D'ailleurs c'est leur but/ objectif dans cette étude, ils cherchent des recommandations pour l'éducation des patients	C'est ce qu'on cherche pour répondre à notre QR
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cet article est très bien écrite et bien structuré, ce qui facilite la lecture et ça le rend intéressant.	Le fait qu'il soit structuré permet de mettre en avant les éléments essentiels de l'étude et les résultats obtenus.
Commentaires :						

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	Analyse subjective
Références complètes	Afshari, A., Ghahnaviyeh, L. A., & Khezeli, M. (2019). <i>Health promotion perception among health-care providers working in educational hospitals of Isfahan , Iran : A qualitative study</i> . 1–6. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp					
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			Le titre parle de la perception de la promotion de la santé par le personnel soignant travaillant dans les hôpitaux	Le titre est intéressant et reprend deux aspects de notre travail. La promotion de la santé et la perception par les infirmiers
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			X	<p>Problème : Explique que la problématique a un lien avec la promotion de la santé dans les hôpitaux mais ne dit pas concrètement le problème.</p> <p>Méthode : Explique que c'est une étude qualitative. Et la manière dont il a été réalisé (entretien semi-structurés) pour étudier le concept de promotion de la santé. Il est aussi noté l'échantillon (15 professionnels de la santé).</p> <p>Résultats : Il est dit que la promotion de la santé était souvent perçu comme un synonyme de l'éducation sanitaire et de la prévention des maladies. Il y figure aussi certaines stratégies.</p>	Le résumé nous a aidé dans notre choix d'article. En effet l'explication allait bien avec notre thématique. De plus, on y retrouvait des stratégies ce qui nous aidera à donner des stratégies concrètes.

					Discussion : La discussion ne figure pas dans le résumé. Seul la conclusion est annoncé à la fin de celui-ci.	
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?			X	On y retrouve le sujet mais il n'est pas clairement énoncé.	Même si la problématique n'est pas concrètement énumérée, on peut quand même comprendre quelle est la problématique.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Plusieurs études concernant le même sujet sont nommées tout au long de l'introduction.	Le fait qu'il y ait beaucoup d'étude faite au sujet de cette thématique rend le travail plus étoffé et donc plus pertinent pour notre travail.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Le cadre conceptuel de la promotion de la santé est mis en avant.	Le concept de promotion de la santé est notre thème de la promotion de la santé.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?			X	La question de recherche n'est pas énoncée dans l'introduction. Mais on y retrouve le but de la recherche.	Le but étant énoncé, nous sommes sûrs que ce travail correspond aux recherches dont nous avons besoin.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Il est expliqué que l'étude est qualitative et qu'elle a été réalisée grâce à des entretiens semi-structurés.	Le fait que l'étude soit qualitative, nous amène des stratégies étant efficaces dans le domaine de la santé.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problemème à l'étude ?			X	Le lien entre les deux n'est pas expliqué mais on comprend que les entretiens ont été réalisés car c'est une manière d'avoir plus de résultats de qualité car les soignants rapportent ce qu'ils ont vu et ce qu'ils utilisent comme stratégies.	Le fait que des entretiens soient faits, nous amène du verbatim est soutiennent plus notre travail avec des vraies expériences.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Les participants ont été clairement énoncés dans la méthode.	Le fait que des infirmières aient été prises dans cette étude nous aide à voir réellement quels sont les stratégies qui sont utilisées dans le domaine des soins.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	L'échantillon est composé de 15 professionnels de la santé provenant de 4 hôpitaux différents.	Le peu de participants pour cette étude n'influence pas la qualité de l'étude puisque le devis est qualitatif et descriptif.
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	

Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Il est dit que les entretiens ont été réalisés et enregistrés. Que ceux-ci ont été écoutés puis retranscrits.	
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?			X	Il est expliqué que les personnes suivant l'étude ont suivi un entretien composé de questions courtes pour examiner leurs caractéristiques et étaient suivies de questions plus longues concernant la promotion de la santé.	Les questions concernant la promotion de la santé sont les plus importantes pour nous dans ce travail.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les participants ont donné leur consentement verbal à travers l'enregistrement de l'entretien pour participer à l'étude.	Le consentement donné est une preuve que les personnes ont été d'accord de faire cet entretien et qu'il est donc pertinent.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Elle est divisée en plusieurs sous-points.	Le fait qu'elle soit détaillée nous aide à prendre point par point les résultats et les analyser individuellement.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			D'autres recherches ont été énoncées dans les résultats pour appuyer les résultats de cette étude.	Le fait que les résultats soient appuyés par d'autres études renforce cette étude et nous donne plus de sources pour notre travail.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Le verbatim est énoncé dans le résumé.	Le verbatim va amener un plus à notre travail.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les thèmes sont mis en avant avec à chaque fois un paragraphe explicatif des résultats le concernant et plus d'un verbatim pour appuyer les dires.	Cela nous aide à nous repérer et le verbatim apporte plus de valeur à notre travail.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		X		Il n'est expliqué	
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	X			Une comparaison avec d'autres articles est faite.	Cela rend les résultats plus intéressants car ils sont comparés et démontre si cela est égal ou différent des précédentes études.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		X		Il n'est pas évoqué.	Cela nous manque car avec cette information nous pourrions savoir si il est possible de reprendre ces

						stratégies pour les utiliser dans les milieux de soins.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Elle est présentée en fin de discussion. Ce qui est recommandé est que le personnel soignant, pour mettre en œuvre la promotion de la santé, doit comprendre ce qu'est la promotion de la santé et ce pour aller au-delà de la stratégies d'éducation pour la santé et mettre en œuvre plus efficacement le personnel soignant à l'hôpital.	Ceci souligne l'importance de la compréhension du terme de promotion de la santé. Ce qui est retrouvé dans notre travail. Grâce à notre travail il sera donc possible d'avoir une explication de ce qu'est la promotion de la santé et de comment la mettre en pratique grâce aux stratégies proposées par cet article.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Chaque chapitre est bien expliqué et mis en avant.	Le fait que la recherche soit bien structurée nous aide à mieux suivre le texte et à nous retrouver lorsque nous nous posons des questions.
Commentaires :						

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	Analyse subjective
Références complètes	Casey, D. (2007). Nurses perceptions, understanding and experiences of health promotion. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 1039–1049. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01640.x					

Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	X			On y retrouve le cadre conceptuel de l'étude qui est la promotion de la santé et la population cible de l'étude qui sont les infirmières.	Ces deux points nous ont aidé à sélectionner cet article car celui-ci reprenait les infirmières qui sont notre population cible et la promotion de la santé qui est le concept principal de notre problématique.
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	X				
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	X			Il est expliqué en une phrase : « La littérature internationale révèle que les infirmières généralistes ont été léthargiques en assumant le rôle de promotion de la santé » On y comprend que le problème principal et le fait que la promotion de la santé n'est pas clairement exercé dans les services de soins. Malheureusement, on ne voit pas apparaître dans cette phrase le contexte qui est celui des soins aigus (chirurgie aiguë).	La problématique a un lien directe avec notre problématique. Le fait de ne pas exercer la promotion de la santé de façon adéquate. Il est donc important pour nous de garder cet article car celui-ci nous explique les problématique rencontré et les stratégies mises en place par les infirmières.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	X			Nous retrouvons dans cet article et dans ce chapitre beaucoup d'études précédentes expliquant la problématique actuelle.	Le fait que d'autres études soient mentionnées dans l'introduction, nous informe directement que ce n'est pas uniquement un problème en lien avec les soins aigus. Ceci nous aide donc dans la sélection de cet article car nous n'avons pas choisi de milieu spécifique pour notre problématique.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	X			Le cadre conceptuel étant celui de la promotion de la santé est énoncé dans l'introduction mais aussi dans le titre. Il n'est, par contre, pas défini clairement dans cette étude.	La promotion de la santé est notre problématique principal et le fait que le cadre conceptuel soit celui de la promotion de la santé, représente une importance majeure pour notre travail. Car nous savons que cette étude va mettre en avant tout ce qui est fait par ses infirmières en lien avec la promotion de la santé.

					La charte d'Ottawa est énoncé mais il n'y a pas d'autre informations sur la promotion de la santé.	
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	X			La question de recherche est clairement énoncé dans l'introduction comme étant : "comment" la promotion de la santé était comprise et mise en œuvre dans la réalité de la pratique quotidienne des soins infirmiers et si la pratique des soins infirmiers était favorable à la santé.	<p>La question de recherche étudiant « comment » la promotion de la santé est comprise par les infirmière et comment elle est mise en place par les infirmières dans le service est important pour nous.</p> <p>En effet nous avons mis en avant le fait que parfois les infirmières ne comprennent pas ce qu'est la promotion de la santé et que par conséquent, celle-ci n'est pas pratiqué de façon optimal.</p> <p>Ici nous allons voir comment on peut fait pour pouvoir reconnaître la promotion de la santé plus facilement et comment nous allons pouvoir le mettre en place et l'exercer de façon optimale.</p>
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	X			Etude de cas qualitative intégrée	-
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?		-		-	-
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	X			Il est expliqué qu'il s'agit de huit infirmières travaillant dans un service de chirurgie aiguë de 33 lits a été sélectionné pour participer.	On parle d'infirmières dans cette étude ce qui est essentiel dans notre travail. Le fait que ce soit dans un service de soins aigus est intéressant car nous n'avons pas pris de milieu spécifique pour notre travail. Le fait d'avoir divers milieu et de pouvoir voir comment la promotion de la santé est effectué dans tous ces milieux nous aide à avoir diverses données
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			X	« Huit infirmières travaillant dans un service de chirurgie aiguë de 33 lits a été sélectionné pour participer »	Le fait qu'il n'est pas plus d'informations concernant les infirmières n'est pas très important pour notre travail.

					Mais nous n'avons pas plus d'informations concernant les années de travail, l'âge des infirmières, ...	N'ayant pas mis de fourchette d'âge pour les infirmières, nous n'avons pas besoin de ceds information.
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	X			Tout est bien expliqué dans la méthodologie. On y retrouve l'information du temps (8 semaines entre juin et juillet 2000). La façon dont les données ont été récolté (un entretien individuel approfondi semi-structuré a été mené avec chaque infirmière observée durant 30-50 minutes) Les données ont été enregistrées et transcrites textuellement.	Le fait que ce soit des entretiens semi-structurés nous assure le fait que nous aurons des phrases énoncé par les infirmières dans le texte ce qui pourra renforcer notre travail.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	X			Chaque étapes concernant les entretiens, les enregistrements, le fait qu'il ait réalisé des entretiens pilotes pour tester les entretiens, ... tout ceci est expliqué de façon complète dans la méthodologie.	-
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			L'approbation éthique a été accordée par le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital. Un consentement éclairé signé a été obtenu de tous les répondants et l'anonymat et la confidentialité ont été assurés.	Ceci nous permet d'utiliser les données sans aucun problème.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	X			Les données ont été analysés selon les sex pratique analytiques décrites par Miles et Huber- man (1994) ont été utilisées pour analyser les données. Et cette technique d'analyse est décrite suite à ça.	Ceci nous permet d'obtenir des résultats n'ayant aucune similitudes entre eux. Et donc de n'avons aucune répétition dans les résultats.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	X			Un paragraphe nommé crédibilité et fiabilité décrit les critères utilisés pour maintenir la rigueur.	-

					<p>“Tous les participants ont reçu une copie du rapport final et ont déclaré que les résultats étaient conformes à leurs expériences.”</p> <p>Les données obtenues permet de juger de la pertinence des conclusions pour d’autres groupes de personnes ou d’autres contextes.</p>	
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	X			Les résultats sont énoncés et soutenu de verbatim.	<p>Ceci nous donne des exemples concrets de ce qui a été dit par les infirmières lors des entretiens.</p> <p>De plus, nous arrivons à mieux comprendre ce qui est expliqué dans les résultats si ceux-ci sont accompagnés de verbatim.</p>
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	X			Les résultats ont été divisés en plusieurs thèmes reprenant les problématiques principales de l’étude.	Le fait que ces résultats soient mis sous différents thèmes, nous aide à mieux nous repérer et pouvoir prendre en compte les résultats qui nous intéressent et qui sont en lien avec notre problématique.
	L’auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	X			<p>Deux chercheurs infirmiers experts dans les concepts de la promotion de la santé ont effectué un codage indépendant des transcriptions.</p> <p>“Tous les participants ont reçu une copie du rapport final et ont déclaré que les résultats étaient conformes à leurs expériences.”</p>	-
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d’études antérieures ?	X			De nombreuses études sont énoncées dans la partie discussion.	Ceci appuie plus les résultats trouvés et nous amène plus de preuves sur les données actuelles et sur ce sujet. Nous pouvons donc nous appuyer sur ces résultats dans les problèmes.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?			X	Il n’est pas clairement énoncé que nous pouvons reprendre ces résultats pour d’autres études ou situations mais il n’est pas non plus dit que l’on ne peut pas. Il est tout de même énoncé qu’il est difficile	Étant donné que les résultats sont appuyés par d’autres études, nous pensons que nous pouvons tout de même transférer ces résultats. Il est vrai qu’il n’est pas clairement dit que nous le pouvons mais le fait que

					de prendre en comptes certains résultats concernant les patients, car les infirmières ne pouvaient pas vraiment données d'exemples concret.	d'autre études trouvent les mêmes résultats nous informe qu'il est possible de les utiliser.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	X			Plusieurs conséquences du manque de connaissances sur la promotion de la santé, sur le manque de pratique de la promotion de la santé, ... sont énoncé et en lien avec celle-ci ce retrouve des recommandations pour la pratique et pour les futures recherches infirmières.	Grâce à ceci, nous pouvons voir quels sont les problèmes encore actuels en lien avec notre problématique et les reprendre pour voir si avec d'autres études il y a des résultats plus récents et donc voir si le problème est « résolu ».
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article était bien structuré et avait beaucoup d'information. De plus il était facile à lire ce qui facilitait la compréhension.	Le fait qu'il soit bien structuré nous a aidé à nous retrouver plus facilement dans le texte lorsque nous cherchions quelques chose de spécifique.
Commentaires :						

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Appendice C

Tableau récapitulatif

Tableau récapitulatif

Articles en normes APA	QDR/ Objectif de R	Devis	Participants	Lieu (contexte)	Mesure des résultats (outils/ instrument)	Résultats	Intérêt pour votre QDR/ TB
Afshari, A., Ghahnaviyeh, L. A., & Khezeli, M. (2019). <i>Health promotion perception among health-care providers working in educational hospitals of Isfahan , Iran : A qualitative study</i> . 1–6. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp	Cette étude visait à étudier les conceptualisations de la promotion de la santé chez les professionnels de la santé travaillant dans les hôpitaux éducatifs d'Ispahan, en Iran.	Etude qualitative et descriptive	Professionnels de la santé (N=15)	Hôpitaux éducatifs d'Ispahan, en Iran	Réalisé grâce à des entretiens avec des professionnels de santé.	La signification de la promotion de la santé est décrite comme étant de la prévention.	Nous intéresser car nous démontrons que le personnel soignant a besoin d'être mieux préparé pour pratiquer la promotion de la santé.

<p>Belletti F. B., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Dalmolin, G. de L., Amarijo, C. L., & Ferreira, A. G. (2018). Actions for health advocacy and user empowerment by nurses of the Family Health Strategy. <i>Revista Da Escola de Enfermagem</i>, 52, 1–8. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021603337</p>	<p>Quelles sont les actions de promotion de la santé et de responsabilisation des utilisateurs menées par les infirmières du FHS au Brésil ?</p>	<p>Étude qualitative descriptive et exploratoire.</p>	<p>Infirmières travaillant au FHS (N=15)</p>	<p>FHS au Brésil</p>	<p>Des entretiens ont été réalisés</p>	<p>Participation des infirmières permet de mieux défendre la santé.</p> <p>La communication garantit la qualité des soins.</p> <p>L'éducation à la santé augmente la capacité d'autosoins.</p> <p>La formation de groupes et l'échange entre eux stimule l'autonomie et la responsabilité.</p> <p>Les échanges au sein d'une équipe permet de mieux connaître la communauté.</p>	<p>Cet article nous aide à savoir à quels niveau et quels points nous devons travailler pour favoriser la pratique la promotion de la santé.</p>
---	--	---	--	----------------------	--	--	--

Casey, D. (2007). Nurses perceptions, understanding and experiences of health promotion. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 0(0), 070621074500006-??? https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01640.x	"Comment" la promotion de la santé était comprise et mise en œuvre dans la réalité de la pratique quotidienne des soins infirmiers et si la pratique des soins infirmiers était favorable à la santé.	Etude de cas qualitative intégrée	Infirmières (N=8)	Service de chirurgie aiguë en Irlande	Observations et entretiens. Les données ont été analysés selon les six pratiques analytiques décrites par Miles et Huber- man (1994) ont été utilisées pour analyser les données.	Comprendre ce qu'est la promotion de la santé pour pouvoir la pratiquer de façon correcte. Il existe différentes stratégies pour pratiquer la promotion de la santé : conseiller, expliquer, encourager, informer, dire et enseigner aux patients. Il existe des obstacles à la PS : Manque d'autonomie, organisation des soins, manque de formation et compétences, lourde charge de travail et manque de temps.	L'importance de cette étude réside dans le fait de savoir comment la promotion de la santé est comprise par le personnel soignant et de savoir comment il la pratique
--	---	-----------------------------------	-------------------	---------------------------------------	--	---	---

Fereidouni, Z., Sarvestani, R. S., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M., & Kalyani, M. N. (2019). <i>Moving Into Action : The Master Key to Patient Education</i> . 27(1), 1–8.	Documenter les perspectives et les recommandations des infirmières concernant l'éducation des patients.	Etude qualitative	Infirmières chef (n=8) et infirmières clinicienne (n=16). Infirmières titulaire d'un baccalauréat/ diplôme supérieur en soins infirmier. 2 ans d'expérience minimum.	Le secteur de la santé en Iran	Entretiens semi-structurés (duré:60-90 min). L'analyse a été faite selon la méthode conventionnelle de Graneheim et Lundman (Graneheim & Lundman 2004).	Renforcer l'engagement global: -Développer les facteurs de motivation. -Faciliter le changement par tous les moyens. Reconstruire l'infrastructure: - Systématisation des activités. -Promotion contextuelle	Cette étude nous rapporte que les infirmières ne sont pas assez formées pour pratiquer la promotion de la santé. Et les résultats sont des pistes pour améliorer ceci et de plus ils explicitent comment appliquer une partie des 5 stratégies qu'on retrouve dans la Charte d'Ottawa: Réorientation des services de santé, Acquisition d'aptitude individuel. Renforcement de l'action communautaire, ...
Heidemann, I. T. S. B., Alonso da Costa, M. F. B. N., Hermida, P. M. V., Marçal, C. C. B., Antonini, F. O.,	Quelles pratiques de promotion de	Etude descriptive et	Infirmières (N=21)	Unité de santé	Entretiens par téléphone ou dans un lieu	La formation des infirmières pour la pratique	Cette étude nous apporte la vision

<p>& Cypriano, C. C. (2019). Health promotion practices in primary care groups. <i>Global Health Promotion</i>, 26(1), 25–32. https://doi.org/10.1177/1757975918763142</p>	<p>la santé ont été développées par des équipes d'infirmières de santé familiale dans une région du Sud du Brésil?</p>	<p>exploratoire caractérisé par une approche qualitative.</p>		<p>familiale au Brésil</p>	<p>privé de l'unité de santé.</p> <p>Analyse thématiques ont été utilisées.</p>	<p>de la promotion de la santé était faible.</p> <p>Les infirmières ont formé des groupes de promotion de la santé autour des maladies et des étapes de la vie</p> <p>Les infirmières ont formé des groupes pour répondre aux besoins de la communauté</p> <p>Les infirmières ont utilisé des techniques de PS dans le cadre d'un travail de groupe.</p>	<p>d'infirmière travaillant avec des familles et donc la communauté ce qui revient à une des stratégies : Renforcement de l'action communautaire.</p> <p>Ils amènent la vision qu'ont les infirmières concernant la PS.</p>
<p>Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L., & Weinehall, L. (2010). <i>Reorientation to more health promotion in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals</i>. 213–224.</p>	<p>Analyser l'engagement des professionnels de santé suédois en faveur d'un service de</p>	<p>Etude mixtes</p>	<p>N=951 participants professionnels de la santé (diététiciens, sage-femmes, infirmières, ergothérapeute</p>	<p>Unité de soins en Suède</p>	<p>Questionnaire s en trois parties utilisant les perception trouvées dans une étude qualitative</p>	<p>-Attitudes à l'égard d'une meilleure promotion de la santé dans les services de santé.</p>	<p>Il est pertinent pour notre TB, car il met en avant l'avis de professionnel de la santé pratiquant la promotion de</p>

https://doi.org/10.2147/JMDH.S14900	santé plus favorable à la santé et de mettre en lumière les obstacles important à l'exercice d'un rôle de promoteur de santé dans la pratique quotidienne.		s, physiothérapeute, psychologues et médecins)		précédente de Johansson et al.	-Volonté de faire plus de PS et prévention des maladies -Obstacles à la PS dans la pratique	la santé sur le terrain, et le fait de voir les personnes pour et contre montre l'état d'esprit des professionnels de la santé et de leur rôle. De plus les obstacles sont également mis en avant et c'est important car c'est cela qu'on doit changer pour maximiser la pratique de la PS dans soins.
McLellan, J. M., Carroll, R. E. O., Cheyne, H., & Dombrowski, S. U. (2019). <i>Investigating midwives' barriers and facilitators to multiple health promotion practice behaviours : a qualitative study using the theoretical domains framework</i> . 1–10.	Examiner les obstacles rencontrés par les sages-femmes et des facilitateurs pour réaliser de multiples HePPBes (comportements de pratique de promotion de la santé) à	Étude qualitatives.	(1)N=11 Sages-femmes (2)N=505 sages-femmes en qualifiée ou en formation.	(1)Unité de soins dans le centre de l'Ecosse (2)Sages-femmes du monde entier (internet).	(1)Entretiens (2)Questionnaire en ligne comprenant des question qualitative ouverte.	(1) -Rôle et identité professionnels. -Croyance sur les conséquences. -Motivation et objectifs. - Mémoire/attention et processus de décision	L'intérêt de cet article pour notre TB est qu'ils avancent les obstacles et les facilitateurs de la pratique de la promotion de la santé dans les soins.

	travers divers sujets de PS en utilisant le cadre des domaines dans les entretiens qualitatifs (1) et les réponses aux questionnaires en texte libre (2).					-Contexte et ressources environnementa les -Influences sociales -Emotions - Réglementation comportemental e - Réglementation comportemental e -Nature des comportements (2) -Contexte et ressources environnementa les -Croyances sur les conséquences -Motivation et objectifs -Rôle et identité professionnels -Emotions -Croyances sur les capacités	
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>Nilsen, E. R., Olafsen, A. H., Steinsvåg, A. G., Halvari, H., & Grov, E. K. (2016). Stuck between a rock and a hard place: The work situation for nurses as leaders in municipal health care. <i>Journal of Multidisciplinary Healthcare</i>, 9, 153–161. https://doi.org/10.2147/JMDH.S100640</p>	<p>Examiner le rôle des chefs de file infirmiers dans le service de santé municipal.</p>	<p>Etude qualitative se caractérisant par la description, la réalisation, l'interprétation ou la déconstruction des qualités de l'expérience humaine.</p>	<p>Infirmières chefs (maison de retraite, soins à domicile) (N=9)</p>	<p>Service de santé municipal, Norvège</p>	<p>Entretien de recherche qualitative</p>	<p>Pour pratiquer la promotion de la santé, l'infirmière doit se sentir soutenu par ses supérieurs et savoir qu'elle peut se reposer sur eux en cas de besoin. La communication est donc un point essentiel pour travailler de manière correcte. → éviter épuisement pro., somatisation, absentéisme.</p>	<p>Nous démontrons qu'une équipe et un milieu de travail soutenant favorise la façon de travailler de l'infirmière. Elle pourra donc exercer son travail de façon optimale.</p>
<p>Piper, S. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. <i>Nurse Education Today</i>, 28(2), 186–193. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.03.010</p>	<p>Explorer la définition et la signification que les infirmières hospitalières donnent à l'éducation à la santé et à la promotion de la santé et d'examiner</p>	<p>Étude qualitative</p>	<p>N=32 infirmières</p>	<p>Milieu hospitalier dans les services de soins aigus et, d'urgence, d'oncologie, de gériatrie et de santé sexuelle</p>	<p>Questionnaire qualitatif de Brenner (1984) et d'entretien. Les entretiens individuels et les groupes de discussion enregistrés ont été transcrits, codés et</p>	<p>Rôle infirmier en tant qu'informateur était le thème principal. Deux sous-thèmes sont ressortis : Le changement de comportement et</p>	<p>L'intérêt qu'à cet article pour notre TB est que l'avis des professionnels de la santé est clairement cité (verbatim). Il met en avant la définition qu'on les professionnels</p>

	comment celles-ci s'inscrivent dans le langage et la théorie existantes.			au Royaume-Uni.	analysés à la fois en utilisant les lignes directrices du manuel de Hycner (1985) et des logiciels de données qualitatives assistées par ordinateur (QSR NUD* IST Vivo) pour faciliter la triangulation des analyses.	<p>l'autonomisation.</p> <p>Dans l'autonomisation on retrouve de l'advocacy, l'infirmière est présente pour défendre les besoins des patients.</p> <p>L'éducation à la santé a pris une place importante. Elle a gagné en profondeur et en formalisme, grâce au base de connaissances médicales.</p> <p>La PS était moins formelle contrairement à l'éducation. Contrairement à l'éducation, la PS ne se concentre pas sur les besoins</p>	de la santé concernant la PS ou l'éducation. Ils mettent en avant les problèmes que rencontre les infirmières concernant la compréhension et la conceptualisation de la PS proposer par la Charte d'Ottawa.
--	--	--	--	-----------------	---	--	---

						individuels des patients, ... Mais il s'agit de donner des conseils généraux sur les question de santé, ... et viser un état de bien-être. Elle est présente dans la vie des infirmières des hôpitaux, mais elle est plus considérée comme une activité communautaire.	
--	--	--	--	--	--	--	--

Appendice D

Grille de recherche des articles

Mots-clés	Base de données	Articles ressortis	Articles retenus	Articles exclus	Articles inclus	Articles
Strategies AND promoting AND Health promotion AND Role AND Nursing	PubMed	131	13	7	6	<p>Afshari, A., Ghahnaviyeh, L. A., & Khezeli, M. (2019). health promotion perception among health-care providers working in educational hospitals of Isfahan, Iran: A qualitative study. 1–6. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp</p> <p>Belletti Figueira, A., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Dalmolin, G. de L., Amarijo, C. L., & Ferreira, A. G. (2018). Actions for health advocacy and user empowerment by nurses of the Family Health Strategy. Revista Da Escola de Enfermagem,</p>

						<p>52, 1–8. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021603337</p> <p>Fereidouni, Z., Sarvestani, R. S., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M., & Kalyani, M. N. (2019). Moving Into Action: The Master Key to Patient Education. 27(1), 1–8.</p> <p>Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L., & Weinehall, L. (2010). Reorientation to more health promotion in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. 213–224. https://doi.org/10.2147/JMDH.S14900</p> <p>McLellan, J. M., O'Carroll, R. E., Cheyne, H., & Dombrowski, S. U. (2019). Investigating</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>midwives ' barriers and facilitators to multiple health promotion practice behaviours: a qualitative study using the theoretical domains framework. 1–10.</p> <p>Nilsen, E. R., Olafsen, A. H., Steinsvåg, A. G., Halvari, H., & Grov, E. K. (2016). Stuck between a rock and a hard place: The work situation for nurses as leaders in municipal health care. <i>Journal of Multidisciplinary Healthcare</i>, 9, 153–161. https://doi.org/10.2147/JMDH.S100640</p>
Strategies AND promoting AND Health	CINAHL	182	6	5	1	<p>Casey, D. (2007). Nurses perceptions, understanding and experiences of health promotion. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 1039–</p>

promotion AND Role AND Nursing						1049. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01640.x
Strategies AND promoting AND Health promotion AND Role AND Nursing	OVID	104	10	9	1	Casey, D. (2007). Nurses perceptions, understanding and experiences of health promotion. Journal of Clinical Nursing, 1039–1049. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01640.x
Health promotion AND Nurse education AND Strategies	CINAHL	133	12	11	1	Piper, S. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice. Nurse Education Today, 28(2), 186–193. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.03.010
Health promotion AND Nurse education AND Strategies	OVID	20	1	0	1	Piper, S. (2008). A qualitative study exploring the relationship between nursing and health promotion language, theory and practice.

						Nurse Education Today, 28(2), 186–193. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.03.010
Health promotion AND promoting AND Nurses AND Nursing AND Care AND Practice	CINAHL	110	8	9	1	Heidemann, I. T. S. B., Alonso da Costa, M. F. B. N., Hermida, P. M. V., Marçal, C. C. B., Antonini, F. O., & Cypriano, C. C. (2019). Health promotion practices in primary care groups. Global Health Promotion, 26(1), 25–32. https://doi.org/10.1177/1757975918763142
Health promotion AND Strategies AND Attitude AND Nurse AND Participation	PubMed	108	4	1	2	Belletti Figueira, A., Barlem, E. L. D., Tomaschewski-Barlem, J. G., Dalmolin, G. de L., Amarijo, C. L., & Ferreira, A. G. (2018). Actions for health advocacy and user empowerment by nurses of the Family Health Strategy. Revista Da Escola de Enfermagem,

						<p>52, 1–8. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017021603337</p> <p>Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L., & Weinehall, L. (2010). Reorientation to more health promotion in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. 213–224. https://doi.org/10.2147/JMDH.S14900</p>
Health promotion AND Attitude of Health personnel AND Home nursing	PubMed	45	2	0	0	
Health promotion AND	PubMed	76	1	0	0	

Nursing AND Attitude of health personnel						
Health promotion AND Nursing AND Attitude of health personnel	CINAHL	27	1	0	0	
Health promotion OR Health promotion practice AND Attitude of health personnel	PubMed	258	1	0	0	
Health promotion AND Posture	PubMed	38	0	0	0	

Health promotion AND Posture	CINAHL	4	0	0	0	
------------------------------------	--------	---	---	---	---	--

Appendice E

Déclaration d'authenticité

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Lieu, date et signature

Fribourg, 4 octobre 2020 Pelloni U.

Lieu, date et signature

Fribourg, 4 octobre 2020 Orakuo Cindy

Lieu, date et signature

Fribourg, 4 octobre 2020 Ueli and

