

**Master ès Sciences en sciences  
infirmières**

Master conjoint  
UNIVERSITE DE LAUSANNE  
Faculté de biologie et de médecine, Ecole de médecine  
et  
HAUTE ECOLE SPECIALISEE DE SUISSE OCCIDENTALE  
Domaine santé

CROYANCES, ATTITUDES ET IMPLEMENTATION DE LA PRATIQUE BASEE SUR DES PREUVES  
CHEZ DES INFIRMIERES D'UN CENTRE HOSPITALIER EN SUISSE : ETUDE DESCRIPTIVE  
CORRELATIONNELLE TRANSVERSALE

PAR

Jenny Gentizon

Professeure Diane Morin, PhD, Directrice de mémoire  
Dr. rer medic. Manuela Eicher, Co-directrice de mémoire

Février 2014

## **Composition du jury**

**Dre Béatrice Perrenoud, inf., PhD, Experte externe et présidente du jury**

Centre des formations, CHUV

**M. Serge Gallant, inf., MSc, Expert externe**

Chef de service, Directeur  
Centre des formations, CHUV

**Prof. Diane Morin, inf., PhD, Directrice de mémoire**

Directrice de l'Institut universitaire de recherche et de formation en soins  
Faculté de biologie et médecine  
Université de Lausanne

**Dr. rer medic. Manuela Eicher, inf., Experte, Codirectrice de mémoire**

Professeure HES-SO  
Haute Ecole de Santé –Fribourg et  
Professeure invitée, Institut universitaire de recherche et de formation en soins  
Faculté de biologie et médecine  
Université de Lausanne

Mémoire déposé le 12 décembre 2013

Mémoire soutenu le 31 janvier 2014

## Sommaire

**Problématique :** La pratique fondée sur des preuves (EBP) est une approche de résolution de problèmes qui consiste à recourir aux meilleures preuves disponibles dans la prise de décision concernant les soins aux patients. L'EBP permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients. Cependant, l'utilisation de l'EBP dans les soins infirmiers fait face à plusieurs obstacles, documentés dans des études observationnelles sur le plan international. Ces obstacles sont entre autres liés aux caractéristiques des infirmières, des organisations et de l'utilisation de recherche en soins. Pour l'heure, peu d'études ont permis de déterminer les obstacles et facteurs facilitant à l'EBP auprès d'infirmières exerçant en Suisse. **But :** L'objectif principal de cette étude est de décrire les attitudes et croyances face au concept d'EBP, de même que le niveau d'implémentation de l'EBP par des infirmières exerçant en centre hospitalier universitaire en Suisse. **Méthode :** Cette étude descriptive corrélationnelle et transversale a été réalisée selon une méthode d'échantillonnage non probabiliste de convenance réunissant 103 infirmières. L'enquête s'est basée sur un questionnaire contenant des données sociodémographiques et deux échelles : l'une porte sur les attitudes et croyances envers l'EBP, l'autre sur l'utilisation de l'EBP. Ces instruments traduits de l'anglais au français ont été adaptés culturellement. La cohérence interne des instruments en français indique un  $\alpha$  de Cronbach de 0,80 pour l'échelle des croyances et 0,93 pour l'échelle d'utilisation d'EBP. Des analyses descriptives ont été effectuées pour décrire l'échantillon ainsi que

les deux scores globaux des échelles. Pour les corrélations exploratoires, des tests non paramétriques ont été calculés avec des variables sélectionnées. **Résultats** : Cinquante-quatre infirmières ont participé à l'enquête (taux de participation de 54,4%). L'analyse des questionnaires a mis en évidence que 57,4% des participants ne connaissait pas l'EBP ( $n = 31$ ). Les mesures d'associations réalisées démontrent qu'il existe une différence statistiquement significative du nombre d'années d'expérience professionnelle envers la connaissance d'EBP ( $p = 0,0252$ ). Les infirmières ayant moins d'années d'expérience étaient davantage familiarisées avec l'EBP ( $Mdn = 3,25$  années,  $IQR = 6$ ). Les résultats auprès des 22 participants qui connaissaient l'EBP montrent que les médianes des scores concernant les attitudes et croyances des infirmières sont plus élevées (de 16 à 80 points,  $Mdn = 54$ ,  $IQR = 10$ ) que l'implémentation d'EBP dans la pratique (de 0 à 68 points,  $Mdn = 8$ ,  $IQR = 10$ ). Les infirmières perçoivent négativement leurs compétences à formuler une question autour d'un problème clinique, à accéder aux preuves et à les évaluer, à les appliquer dans la pratique et évaluer les changements, et finalement à diffuser les résultats. Cette étude a mis en évidence des associations statistiquement significatives entre le niveau de croyances et attitudes envers l'EBP et le taux d'activité ( $Rho = 0,51$ ,  $p = 0,0179$ ), le nombre d'années d'expérience professionnelle ( $Rho = -0,46$ ,  $p = 0,0350$ ) et le nombre d'années de pratique dans le service ( $Rho = -0,46$ ,  $p = 0,0375$ ). **Conclusion** : Malgré une petite taille d'échantillon, les résultats sont conciliables avec les écrits antérieurs. Les résultats auprès du groupe d'infirmières familiarisées avec l'EBP ( $n = 22$ )

indiquent qu'elles détiennent des attitudes favorables en ce qui concerne l'amélioration des soins aux patients, mais qu'elles manquent de compétences et connaissances pour pouvoir implémenter l'EBP. D'autres études pourraient développer des stratégies d'implémentation d'EBP qui surmontent les barrières identifiées. Finalement, l'enseignement et la formation peuvent encourager l'intégration des preuves scientifiques auprès des étudiants et soutenir l'actualisation régulière des connaissances auprès des infirmières.

## Summary

**Background :** Evidence-based practice (EBP) is considered as a problem-solving approach to patient care; best available evidences are stimulating the application of best available evidence in decision-making. EBP showed to improve the quality and the safety of care. However, application of EBP in nursing practice is challenged by several barriers that have been investigated in different observational studies in different countries. These barriers are usually related to individual and organizational characteristics as well as research utilization. To date, few investigations have determined the barriers and facilitators of EBP among nurses practicing in Switzerland. **Aim :** This study aims at describing attitudes and beliefs and the implementation of EBP perceived by nurses of a Swiss university hospital. **Method :** The descriptive study was conducted with a convenience sample of 103 nurses. The survey included a socio-demographic questionnaire and the French versions of EBP-Beliefs and EBP-Implementation scales. The scales were translated and culturally adapted from English to French. Internal coherence of the French instruments was good with a Cronbach's  $\alpha$  of 0,80 for the beliefs scale and a Cronbach's  $\alpha$  of 0,93 for the implementation scale. Furthermore, we applied non-parametric statistics to test correlations between selected variables. **Results :** Fifty four nurses participated in the survey (54,4% response rate). The analysis highlighted that 57,4% of the participating nurses (n = 31) did express not knowing EBP. Correlations show significant difference of professional

experience toward knowledge of EBP ( $p = 0,0252$ ). Nurses aware of EBP had less years of professional experience ( $Mdn = 3,25$  years,  $IQR = 6$ ). Analysis of data of 22 participants who knew EBP showed that attitudes and beliefs of nurses were rated higher (from 16 to 80 points,  $Mdn = 54$ ,  $IQR = 10$ ) than the implementation of EBP that was scored much lower (from 0 to 68 points,  $Mdn = 8$ ,  $IQR = 10$ ). Nurses rated their skills to formulate a question based on a clinical problem, to locate the best evidence and critically appraise it, to implement and evaluate change in practice, and finally to disseminate results as very low. **Conclusions:** Despite small sample size, the results are reconcilable with previous results. Overall, nurses knowing the concept of EBP ( $n = 22$ ) had a high conviction that EBP would allow to improve the quality of care, but they felt not enough skilled to implement it. Further investigation should focus on strategies to develop EBP by minimizing the identified barriers. Finally, nursing education and training should encourage the integration of evidence among students and support a regular update and knowledge-based approach among nurses.

## Table des matières

<b>Composition du jury</b> .....	<b>ii</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>iii</b>
<b>Summary</b> .....	<b>vi</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>viii</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>xiv</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>xv</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>xvi</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Problématique</b> .....	<b>4</b>
<b>Développement historique de l'EBP</b> .....	<b>5</b>
<b>Cadre professionnel et juridique</b> .....	<b>8</b>
<b>Obstacles à l'EBP</b> .....	<b>10</b>
La situation des centres hospitaliers universitaires en Suisse.....	11
But et questions de recherche .....	12
But de la recherche .....	12
Questions de recherche .....	12
Intérêt et pertinence de l'étude .....	13
Organisation clinique .....	13
Recherche .....	14

Formation .....	14
<b>Recension des écrits .....</b>	<b>16</b>
<b>Concept d'utilisation de la recherche et EBP .....</b>	<b>18</b>
Nature des preuves .....	18
<b>Différenciation entre EBP et EBN .....</b>	<b>21</b>
<b>Freins et facteurs facilitant l'EBP .....</b>	<b>22</b>
Obstacles liés aux caractéristiques individuelles .....	23
Attitudes envers l'EBP et l'intérêt porté à la recherche.....	23
Connaissances du concept d'EBP .....	24
Compétences à mener les étapes de l'EBP .....	25
Degré de formation des infirmières .....	29
L'âge, les années d'expérience professionnelle et le poste occupé .....	31
Obstacles liés aux caractéristiques organisationnelles.....	33
Temps imparti pour conduire les étapes d'EBP.....	33
Accès aux résultats de la recherche.....	34
Soutien de la hiérarchie et autonomie des infirmières.....	35
Obstacles liés aux caractéristiques de la recherche.....	36
Traduction des résultats de la recherche pour la pratique.....	36
Convergences des résultats en dépit des spécificités liées au contexte	38
Implémenter l'EBP par des modèles conceptuels basés sur des preuves	39

<b>Rôle clé de l'infirmière leader .....</b>	<b>40</b>
Compétences attribuées à l'infirmière leader.....	40
Obstacles à l'EBP auprès des IPA .....	41
Formation à l'EBP auprès d'infirmières leaders.....	42
<b>Conclusion .....</b>	<b>44</b>
<b>Cadre théorique .....</b>	<b>46</b>
<b>Modèle ARCC : changer la pratique au sein d'une organisation.....</b>	<b>47</b>
Application du Modèle ARCC dans cette étude.....	50
Le modèle ARCC testé dans une étude randomisée contrôlée .....	51
Une théorie à spectre modéré.....	52
<b>Méthode .....</b>	<b>54</b>
<b>Devis de recherche .....</b>	<b>55</b>
Population cible .....	55
Echantillonnage .....	56
<b>Récolte de données .....</b>	<b>56</b>
<b>Instruments de mesure .....</b>	<b>57</b>
Présentation des échelles .....	57
Traduction des échelles en français .....	58
Cohérence interne des instruments en anglais .....	60
Cohérence interne des instruments en français .....	61

Variables sociodémographiques.....	61
Plan d'analyse statistique .....	63
Analyse descriptive .....	63
Analyse corrélacionnelle .....	63
<b>Considérations éthiques et réglementaires.....</b>	<b>65</b>
<b>Résultats.....</b>	<b>67</b>
<b>Echantillon.....</b>	<b>68</b>
<b>Caractéristiques de l'échantillon global .....</b>	<b>70</b>
<b>Connaissance de l'EBP .....</b>	<b>73</b>
Différences entre les groupes selon la connaissance d'EBP.....	73
<b>Les infirmières familiarisées avec l'EBP .....</b>	<b>74</b>
<b>Analyse des réponses obtenues aux énoncés des échelles .....</b>	<b>77</b>
Croyances et attitudes.....	77
Compétences et connaissances.....	77
Corrélations entre caractéristiques sociodémographiques et croyances et attitudes envers l'EBP .....	79
Corrélations entre caractéristiques sociodémographiques et implémentation d'EBP dans la pratique.....	80
Corrélations entre attitudes et implémentation d'EBP dans la pratique .	80
<b>Discussion.....</b>	<b>81</b>
<b>Discussion des résultats face aux connaissances .....</b>	<b>82</b>

Caractéristiques sociodémographiques associées à la connaissance de l'EBP .....	83
Circonstances d'exposition à l'EBP .....	84
Croyances et attitudes des infirmières envers l'EBP .....	84
Compétences et connaissances envers l'EBP .....	85
<b>Caractéristiques sociodémographiques associées aux attitudes et à l'implémentation de l'EBP .....</b>	<b>90</b>
<b>Conclusion sur les résultats de l'étude .....</b>	<b>91</b>
Forces et limites du modèle ARCC .....	93
<b>Limites de l'étude en regard de la validité interne et externe .....</b>	<b>93</b>
Limites concernant la validité interne .....	93
Limites concernant la validité externe .....	94
<b>Implications pour la recherche, la formation et la pratique clinique .....</b>	<b>95</b>
Recherche .....	95
Formation .....	96
Pratique clinique .....	97
<b>Conclusion .....</b>	<b>99</b>
<b>Références .....</b>	<b>102</b>

<b>Appendice A</b> .....	<b>109</b>
<b>Appendice B</b> .....	<b>111</b>
<b>Appendice C</b> .....	<b>114</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1 .....	71
<i>Variables sociodémographiques en fonction de la connaissance de l'EBP .</i>	<i>71</i>
Tableau 2 .....	72
<i>Variables de l'activité professionnelle en fonction de la connaissance de l'EBP .....</i>	<i>72</i>

## Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Les étapes du processus d'EBP .....	7
<i>Figure 2.</i> Prise de décision basée sur les preuves de Dicenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005) .....	8
<i>Figure 3.</i> Modèle ARCC développé par Melnyk et Fineout ( <i>©Melnyk &amp; Fineout-Overholt, 2005</i> ) .....	50
<i>Figure 4.</i> Diagramme de recrutement .....	69
<i>Figure 5.</i> Distributions des réponses (en %) aux croyances et attitudes des infirmières envers EBP .....	75
<i>Figure 6.</i> Distributions des réponses (en %) aux actions visant à implémenter EBP, au cours des huit dernières semaines.....	76

## **Remerciements**

Je tiens à remercier Prof. Diane Morin et Dr. rer medic. Manuela Eicher, qui, en tant que Directrice et co-directrice de mémoire, se sont montrées disponibles tout au long de la réalisation de ce mémoire, ainsi que pour l'inspiration, l'aide et le temps qu'elles ont bien voulu me consacrer et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

J'exprime ma gratitude aux cadres des services, aux participants et collaborateurs qui se sont impliqués dans le déroulement de cette étude malgré leurs charges professionnelles.

Une pensée particulière est adressée à mes collègues et amis des « rangs du fond », ainsi qu'à Dorota, Yves, Andrea, et Jacques Chapuis qui me rendent fière d'être infirmière, comme eux, et qui ont contribué à la réussite de ces deux formidables années universitaires.

Mes remerciements les plus chaleureux vont à ma famille ainsi qu'à Fabienne, Elena, Cyril et Pena qui m'incitent à me souvenir des choses importantes, à imposer ma chance et aller voir ce qu'il y a derrière la prochaine colline.

Merci à toutes et à tous

## **Introduction**

La pratique fondée sur des preuves (EBP) est une approche de résolution de problème qui consiste à l'utilisation consciencieuse des meilleures preuves disponibles dans la prise de décision concernant les soins aux patients. Face à la complexité des situations de soins et aux contraintes économiques croissantes, l'EBP est reconnu à la fois pour ses bénéfices dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins aux patients, et pour sa contribution aux économies du système de santé. Cependant, les preuves scientifiques indiquent que des patients ne reçoivent pas systématiquement les soins conformes aux recommandations parce que les infirmières<sup>1</sup> manquent notamment de connaissances et de compétences envers l'EBP. Plusieurs obstacles individuels et organisationnels se dressent face à l'implémentation de l'EBP dans la pratique infirmière. Pour l'heure, peu d'études portant sur les freins et facteurs facilitant l'EBP ont été menées en Suisse. Cette étude descriptive corrélationnelle et transversale vise à évaluer les freins et facteurs facilitant à l'EBP auprès d'infirmières exerçant en centre hospitalier universitaire en Suisse.

Le premier chapitre de ce mémoire présente la problématique, la pertinence de l'étude, ainsi que le but et les questions de recherche. Le deuxième chapitre présente la littérature qui traite des obstacles et facteurs facilitant l'exercice de l'EBP. Dans le troisième chapitre, le modèle conceptuel sur lequel s'appuient les instruments utilisés au cours de cette étude est présenté. Le quatrième chapitre décrit la méthode employée. Il inclut entre autre le devis d'étude, la taille d'échantillon, la méthode de collecte et de

---

<sup>1</sup> Le féminin est retenu dans ce travail à titre épiciène

traitement des données, ainsi que les considérations éthiques. Les résultats obtenus sont présentés dans le cinquième chapitre, alors que le sixième chapitre présente une discussion de ces résultats, une évaluation critique de la portée de l'étude et du modèle conceptuel pour conclure sur des recommandations pour les domaines de la recherche, la formation et la pratique clinique.

## **Problématique**

La pratique fondée sur des preuves (EBP)<sup>2</sup> permet d'améliorer les soins aux patients et contribue à faire des économies. Néanmoins, il existe un écart entre les résultats de recherche et leur application dans la pratique clinique (Doyon, 2009; Johansson, Fogelberg-Dahm, & Wadenstein, 2010). Ce chapitre présente cette problématique, ainsi que le but et les questions de recherche. L'intérêt et la pertinence de l'étude concluent ce chapitre.

### **Développement historique de l'EBP**

L'appellation de pratique basée sur des résultats probants ou fondée sur des preuves est la traduction de l'expression anglaise *Evidence Based Practice*. Cette démarche se définit comme étant « l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des résultats probants actuels dans le but de prendre des décisions cliniques en regard des soins à prodiguer individuellement à des patients » (traduction libre, Sackett, Rosenberg, & Gray, 1996, p. 71). A l'origine de l'EBP, il y a une interrogation face à une pratique clinique perçue comme insatisfaisante, devenue inefficace, inefficente ou comme pouvant être modifiée en raison de nouveaux développements scientifiques (Doyon, 2009). Les bénéfices dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins aux patients, ainsi que la contribution à faire des économies font de l'EBP un sujet central dans les discussions traitant du développement des pratiques du domaine de la santé (Cullen & Adams, 2010; Doyon, 2009).

---

<sup>2</sup> Afin d'alléger le texte, l'acronyme EBP est la dénomination retenue pour la présentation de cette étude.

Comme plusieurs auteurs le relèvent, l'idée d'appuyer la prise de décision clinique par les résultats de la recherche n'est pas novatrice (DiCenso, Cullum, & Ciliska, 1998; French, 2001; Goulet, Lampron, Morin, & Heon, 2004; Winters et al., 2007). Historiquement, les travaux de Florence Nightingale pourraient même être considérés comme étant aux origines de la pratique infirmière fondée sur des preuves. Nightingale a initié de nombreuses recensions de la situation sanitaire avant et après des démarches d'intervention et évalué les résultats associés au niveau de formation des infirmières de l'époque (McDonald, 2001). En 1970, Archie Cochrane fut le premier à stipuler que les services de santé devaient être évalués sur la base de preuves scientifiques plutôt que d'intuition clinique (Levin, 2001). Entre autre, la création de la Cochrane Collaboration a permis à un nouveau paradigme médical de prendre forme : celui de l'*Evidence-Based Medicine* (Scott & McSherry, 2008).

Dès lors, l'appellation *Evidence-Based Practice* est apparue comme un terme générique plus vaste englobant plusieurs spécialités dont les soins infirmiers. Lorsque ce vocable est décliné spécifiquement pour les soins infirmiers on utilise alors l'appellation *Evidence-Based Nursing* ou soins infirmiers basés sur des preuves (Johansson et al., 2010). Une définition spécifique à la discipline infirmière a d'ailleurs été formulée par Melnyk et Fineout comme une approche de résolution de problème de la pratique qui consiste à l'utilisation consciencieuse des meilleures preuves disponibles dans la prise de décision concernant les soins aux patients (Coopey, Nix, &

Clancy, 2006). La démarche EBP est un processus qui s'effectue en plusieurs étapes. La démarche intègre une recherche et une évaluation critique des preuves les plus pertinentes pour répondre à une question clinique. Le jugement final sur la valeur des preuves doit inclure l'expertise clinique et les valeurs du patient.

Les étapes du processus d'EBP proposées par Melnyk et Fineout (2011) peuvent être synthétisées ainsi :



*Figure 1.* Les étapes du processus d'EBP

Plusieurs auteurs définissent l'EBP comme une démarche de décision clinique qui comprend quatre éléments : (Dicenso, Guyatt, & Ciliska, 2005; Doyon, 2009; Sackett et al., 1996) :

- une pratique basée sur des résultats issus de la recherche ;
- une pratique qui tient compte des valeurs et de l'expérience clinique individuelle des patients ;
- une pratique qui tient compte des ressources internes et externes inhérentes à la situation de soins ;
- une pratique basée sur la compétence et l'expertise clinique accumulée.

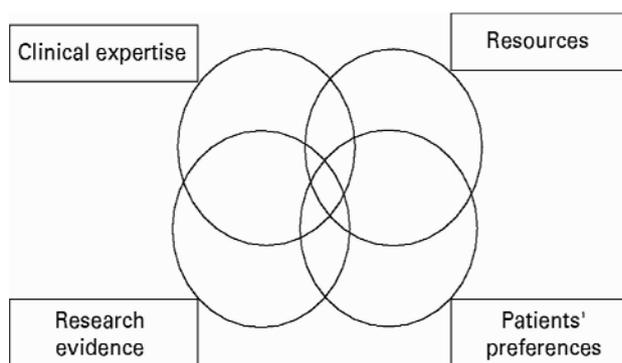


Figure 2. Prise de décision basée sur les preuves de Dicenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005)

### Cadre professionnel et juridique

L'intégration de résultats probants dans la pratique infirmière ne peut être perçue comme une activité accessoire. Le Conseil International des Infirmières et Infirmiers (2005) stipule que l'intégration de connaissances professionnelles fondées sur la recherche, tout comme le recours aux technologies et pratiques scientifiques les plus récentes, relèvent de la responsabilité infirmière. L'EBP devrait d'ailleurs permettre d'argumenter et de documenter l'impact des prestations en soins infirmiers (Baumberger, 2009). Ainsi, s'engager pour argumenter le financement des soins et pour la valeur des prestations infirmières est une mission qui incombe non seulement aux organisations et institutions qui chapeautent la discipline infirmière, mais également à toute infirmière quel que soit le terrain de sa pratique (Wandeler, 2005). D'autre part, il est important de développer et tester des stratégies en faveur de *l'empowerment*<sup>3</sup> des infirmières, leur

<sup>3</sup> L'empowerment est à la fois un processus et un résultat découlant des interactions réciproques entre les personnes, reliant l'autonomie avec la responsabilisation, impliquant un pouvoir partagé ou

satisfaction au travail et la qualité des soins qu'elles prodiguent. Au-delà d'établir les meilleures pratiques, l'EBP représente donc un intérêt majeur pour la discipline infirmière afin de contribuer à expliciter ce qu'elle est, ce qu'elle permet d'accomplir et ce que cela engendre en termes de résultats aux patients (Levin, 2011).

Pour promouvoir l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins aux patients en conjuguant des ressources financières limitées, la Loi sur l'Assurance Maladie (LaMal) considère d'ailleurs l'obligation de la part des professionnels de la santé d'appliquer des pratiques exemplaires. Il est ainsi stipulé dans l'article 32 de la LaMal (Confédération Suisse, 2012) :

1. *Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.*
2. *L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.*

Face à la complexité croissante des situations de soins et à l'environnement économiquement contraint, les orientations en matière de politique de santé adressent des injonctions aux professionnels de santé quant à la pertinence des décisions cliniques, à l'efficacité des interventions entreprises, à la sécurité du patient et au maintien de compétences performantes. En donnant un cadre au processus de décision clinique, l'EBP

---

transféré, et réalisant le but ultime d'un meilleur accès aux ressources financières ou des avantages intangibles tels que la connaissance et l'influence (traduction libre, McCarthy & Freeman, 2008).

est un levier d'amélioration de la qualité des soins (Debout, 2012). De ce fait, le concept d'EBP intéresse les professionnels de la santé depuis quelques décennies.

### **Obstacles à l'EBP**

La littérature démontre qu'il existe de nombreux obstacles à l'EBP, comme des connaissances insuffisantes, un manque de temps et un manque de soutien perçu par les infirmières pour mener les étapes d'EBP. Les infirmières perçoivent également que les résultats de la recherche sont difficiles à trouver et à comprendre ou parfois ne sont pas pertinents pour leur pratique clinique au quotidien. En conséquence, la littérature rapporte qu'il existe un écart entre les résultats de recherche et leur potentiel d'application immédiate dans la pratique clinique (Doyon, 2009; Johansson et al., 2010). Les preuves scientifiques indiquent que 30% à 40% des patients ne reçoivent pas les soins conformes aux preuves scientifiques existantes et que 20% à 30% des soins prodigués ne sont pas nécessaires voire nuisibles (Grol & Grimshaw, 2003).

Comme pour l'application d'EBP, la recension de la littérature met en évidence que l'implémentation d'un changement de pratique relève d'un processus complexe qui comporte de multiples facettes (Balas & Boren, 2000; Bostrom & Wise, 1994; Kitson, Harvey, & McCormack, 1998; Mazurek Melnyk & Fineout-Overholt, 2005; Rycroft-Malone, 2010; Shirey, 2006). Comme le mentionnent Koehn et Lehman (2008), la profession infirmière s'est souvent montrée résistante à intégrer de nouvelles façons de pratiquer.

Pour permettre aux organisations de créer des conditions favorables et accompagner leurs équipes dans les étapes du processus de changement, la recherche devrait prioritairement permettre de comprendre le contexte avant de procéder à une démarche d'implémentation d'EBP (Koehn & Lehman, 2008). Forts des résultats issus de la littérature, les stratégies d'implémentation d'EBP doivent s'appuyer sur des modèles théoriques du changement pour pallier au fossé entre théorie et pratique et promouvoir une culture d'EBP ouverte au changement dans la pratique quotidienne des soins.

### **La situation des centres hospitaliers universitaires en Suisse**

Les centres hospitaliers universitaires (CHU) ont la particularité d'assurer la triple mission de soin, formation et recherche. L'association de ces trois sphères d'activités doit permettre d'assurer une continuité entre les besoins de la médecine hospitalière et la recherche biomédicale, contribuant à l'amélioration des soins. De ce fait, les CHU sont considérés comme pôle de référence pour l'application d'EBP dans la pratique clinique.

Le CHU partenaire de cette étude, conscient de l'importance de promouvoir des pratiques soignantes appuyées par des résultats probants, s'est allié à un consortium dont la finalité est l'échange de savoirs pour les pratiques exemplaires de soins en partenariat avec des milieux de formation. Mais la recension de la littérature a mis en évidence que la situation des CHU en Suisse était encore mal connue.

En regard des difficultés recensées face à l'implémentation d'EBP, cette étude a comme finalité d'explorer ce que les infirmières connaissent du concept d'EBP, leurs croyances et attitudes face à l'EBP et ce qu'elles appliquent dans le cadre de leur pratique au sein d'un CHU.

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

#### **But de la recherche**

L'objectif principal de cette étude est de décrire les attitudes et croyances face au concept d'EBP, de même que le niveau d'implémentation de l'EBP dans la pratique actuelle d'infirmières exerçant en centre hospitalier universitaire en Suisse. Un objectif secondaire est d'explorer d'éventuelles associations entre le niveau des connaissances et croyances des infirmières face à l'EBP, le niveau d'implémentation d'EBP dans leur pratique actuelle et les variables sociodémographiques retenues.

#### **Questions de recherche**

Cette étude comporte trois questions de recherche principales et une question de recherche secondaire. Elles sont :

1. Dans quelle mesure des infirmières d'un centre hospitalier universitaire suisse connaissent-elles le concept d'EBP ?
2. Parmi celles qui connaissent l'EBP, quelles sont leurs attitudes et croyances quant à la pratique fondée sur des preuves ?

3. Parmi celles qui connaissent l'EBP, dans quelle mesure ont-elles la perception de l'implémenter dans leur pratique actuelle ?
4. Existe-t-il des corrélations entre le niveau des croyances, le niveau d'implémentation d'une pratique fondée sur des preuves et les variables sociodémographiques de ces infirmières ?

### **Intérêt et pertinence de l'étude**

#### **Organisation clinique**

La littérature scientifique actuelle s'accorde autour d'un constat commun : si l'EBP est largement recommandé, les barrières à son application sur le terrain sont nombreuses. Dès lors, les patients ne reçoivent pas toujours les soins recommandés.

Comme toute implémentation de changement l'exige, des étapes préliminaires d'investigation sont nécessaires. Les résultats obtenus autour des croyances et degré d'utilisation d'EBP devraient permettre de mettre en évidence la réalité du terrain telle qu'elle est effective en hôpital. Ceci permet d'offrir un socle de réflexion qui soutienne les sphères organisationnelles afin qu'elles puissent répondre à cette problématique en des termes cohérents avec la culture locale. En regard des résultats fournis par cette étude, des choix stratégiques peuvent être faits. Des mesures concrètes qui visent à renforcer les croyances, améliorer les compétences des professionnels et promouvoir une culture du changement sont des exemples de choix stratégiques qui pourraient résulter des conclusions de cette étude. De sorte

que cette étude pourrait fournir des éléments clairs aux CHU de Suisse pour promouvoir l'implémentation de l'EBP.

## **Recherche**

La littérature autour d'EBP est abondante. L'identification des freins et facteurs facilitant l'EBP a fait l'objet de recherche à de nombreuses reprises, essentiellement dans les pays anglo-saxons. Si les exigences liées à la formation en soins infirmiers en Suisse sont hétérogènes, il en est de même pour la mixité des profils professionnels et culturels au sein des équipes. A l'heure actuelle, il existe une certaine variabilité dans les compétences et les connaissances des professionnels en exercice. En termes d'intérêts liés à la recherche, cette étude devrait permettre de documenter la situation spécifique d'un certain contexte suisse. Aussi, cette recherche permet d'appliquer et de tester deux échelles traduites en français.

## **Formation**

Les résultats issus de cette étude pourront être utilisés dans le cadre de la formation au niveau Bachelor et Master. Les institutions de formation sont des acteurs fondamentaux pour pallier aux obstacles rencontrés par les infirmières de terrain<sup>4</sup>. Les CHU sont reconnus comme pôle de référence dans la prise en soin des situations complexes et pourraient bénéficier de ces résultats pour promouvoir la formation à l'EBP auprès des infirmières de terrain et favoriser les démarches innovantes qui visent l'utilisation et la

---

<sup>4</sup> C'est-à-dire, les infirmières qui exercent leur rôle professionnel directement auprès des patients.

production de recommandations pour la pratique clinique. À terme, les infirmières de terrain pourraient être davantage sensibilisées à cette problématique et améliorer la recherche des meilleurs résultats pour leurs patients.

## **Recension des écrits**

La recension intégrative des écrits est une analyse des études et des publications portant sur des sources d'informations empiriques et théoriques ayant rapport au sujet de recherche (Fortin, 2010).

La littérature scientifique abonde autour de l'EBP. La présente recension des écrits regroupe des articles en anglais et en français qui explorent les freins et facteurs facilitant EBP. La recherche documentaire a été menée à travers les bases de données PUBMED et CINAHL, ainsi que par *cross referencing* à partir des références des études retenues. Les descripteurs/MeSH utilisés pour la population sont : *nurs*<sup>5</sup>, *evidence based nursing* ; pour le phénomène d'intérêt : *evidence based practice, evidence based implementation, research utilisation, research use, nursing research* ; pour les résultats : *belief, perception, attitude, behavior, barrier, implementation strategies, implementation use*. La limite concernant la date de publication est fixée à 2000, avec quelques exceptions. L'analyse des écrits est regroupée par récurrence de thèmes.

La recension de littérature a mis en évidence que les termes EBP, utilisation de la recherche et de preuves nécessitent d'être clarifiés. La première partie de ce chapitre présente ces clarifications de terminologie. Les obstacles à l'EBP sont ensuite présentés selon qu'ils soient liés à des caractéristiques individuelles, organisationnelles ou liées à la recherche. Enfin, le rôle de l'infirmière leader est abordé comme facteur facilitant

---

<sup>5</sup> Troncature

l'implémentation d'EBP. Des recommandations pour la suite clôturent le chapitre.

### **Concept d'utilisation de la recherche et EBP**

Plusieurs publications soulignent que le concept connexe d'utilisation des résultats de la recherche (RU) se retrouve souvent associé à celui d'EBP. Alors que RU se traduit comme l'application des résultats de la recherche dans la pratique, le concept d'EBP est défini comme un processus complexe qui considère conjointement l'existence de plusieurs sources d'informations dans la perspective de guider le jugement clinique afin de prodiguer les meilleurs soins aux patients et d'en mesurer les effets (Cullen & Adams, 2010; Doyon, 2009; French, 2001; Scott & McSherry, 2008). Ainsi, RU s'inscrit comme une sous-catégorie du concept d'EBP (Estabrooks, 1999; Johansson et al., 2010).

### **Nature des preuves**

Un premier lieu de tension a été révélé dans la recension de la littérature autour de la nature des preuves. Dans le domaine de la santé, le concept "evidence" a été interprété en relation aux notions de preuves et de rationalité. Généralement, les définitions se regroupent autour d'un thème central : les preuves doivent pouvoir être indépendamment observées et vérifiées (Davies, Nutley, & Smith, 2000). Historiquement, entre l'apparition de l'appellation *Evidence Based Medicine* et les années 90, l'hypothèse était communément admise que le terme de preuve signifiait indéniablement qu'il

s'agissait de preuves issues de la recherche, et plus spécifiquement, issues de la recherche de tradition quantitative (Scott & McSherry, 2008).

La posture réflexive que défend la discipline infirmière est actuellement la suivante : la nature de la preuve est plus large que celle uniquement dérivée de la recherche empirique quantitative (Kitson, 2002; Rycroft-Malone et al., 2004; Scott & McSherry, 2008). Les quatre modes de savoirs de Carper (1978) sont reconnus comme fondamentaux à la discipline infirmière, où chaque mode de savoirs représente une composante essentielle de la base des connaissances utile à la pratique professionnelle (Chinn & Kramer, 2008; Dale, 2005) :

Savoir Empirique – la science infirmière, permettant de développer des savoirs abstraits et théoriques sur la base de la science traditionnelle.

Savoir Esthétique – l'art des soins infirmiers, qui relève de la compréhension de l'individu et la reconnaissance de sa personne comme un tout singulier.

Savoir Personnel – centré sur l'interaction infirmière-patient et le concept de soi.

Savoir Ethique – la composante d'un savoir moral, basé sur la philosophie et la résolution de dilemmes éthiques.

Ces modes de savoirs représentent la source du jugement clinique basé sur les preuves et les preuves sont elles-mêmes issues de : (1) résultats de la recherche, (2) l'expérience clinique, (3) savoirs, valeurs et

préférences du patient, (4) spécificités liées au contexte (Fawcett, Watson, Neuman, Walker Hinton, & Fitzpatrick, 2001; Porter, 2010; Rycroft-Malone et al., 2004) :

Comme l'affirme Pearson (2001), il est fondamental d'établir le niveau de crédibilité et de valeur accordés aux preuves. En ce sens, chaque preuve – qu'elle soit issue d'un savoir formel, explicite, dérivé de la recherche ou d'un savoir informel, implicite et dérivé de l'expérience et la pratique – doit pouvoir être préalablement analysée et critiquée pour pouvoir rendre compte de sa robustesse.

Aussi, la valeur des preuves issues de la recherche n'est pas évaluée en fonction du devis d'étude mais en fonction de la congruence entre question de recherche et méthodologie choisie – indépendamment du fait que le devis soit quantitatif ou qualitatif (Dale, 2005; Goulet et al., 2004; Rycroft-Malone et al., 2004; Scott & McSherry, 2008).

Les conclusions de French (2001) viennent corroborer ces assertions. L'auteur a réalisé une revue de la littérature qui porte sur l'analyse de la symbolique de la pratique fondée sur des preuves. Les conclusions de l'auteur traduisent un manque de consensus et de clarté conceptuelle autour de la notion de preuve, ainsi que d'une grande variabilité des définitions relatives à EBP débouchant sur de nombreux euphémismes. Finalement, l'auteur stipule que peu d'éléments permettent d'affirmer que le concept d'EBP est fondamentalement distinct et nouveau, mais qu'il s'agit d'un chevauchement de concepts et de traditions déjà existantes. L'examen de

diverses définitions a conduit à la conclusion qu'il existe des divergences au sein même de la discipline infirmière (Kessenich & DiCenso, 1997; Stetler et al., 1998).

### **Différenciation entre EBP et EBN**

Plusieurs publications s'attardent sur la différenciation entre EBP et EBN, stipulant que certaines composantes essentielles aux soins infirmiers sont absentes d'EBP. La définition de Sackett et al. (1996) est la plus communément utilisée pour traduire la notion de pratique fondée sur des résultats probants. Toutefois, la recension de la littérature a permis de mettre en évidence que la communauté scientifique infirmière s'attache à trouver une définition qui traduise spécifiquement l'EBP dans le champ des soins infirmiers. Pour une pratique infirmière centrée sur le patient, c'est-à-dire qui tient compte du caractère unique des circonstances personnelles du patient, une approche plus holistique et pluraliste est nécessaire (Dale, 2005). Une considération purement empiriste de l'EBP – relation linéaire identifiable de cause à effet, fournir des preuves ouvertes et transparentes, processus de réfutation et vérification – pourrait s'avérer hostile aux autres formes de savoirs mentionnées par Carper (Porter, 2010).

Une revue critique de la littérature menée par Scott et Mcsherry (2008) relève que toute la complexité de définir l'EBP dans les soins infirmiers tient aux difficultés de définir prioritairement le concept de *nursing*. Aussi, le concept traduit la philosophie des soins infirmiers, soit d'encourager *l'empowerment* des patients et l'inclusion de la participation du patient tout

au long du processus continu. Les éléments issus de cette revue de la littérature permettent d'affiner la compréhension de l'EBP comme un processus continu par lequel les preuves, les théories de soins infirmiers et l'expertise des praticiens infirmiers sont évaluées de façon critique et considérées conjointement avec l'implication du patient, dans le but de prodiguer des soins optimaux et individualisés.

En conclusion, en ce qui concerne les définitions, la littérature scientifique accuse un manque de clarté conceptuelle autour du concept d'EBP. De ce fait, il est probable que les questionnaires administrés au cours des études ne soient pas pleinement compréhensibles pour l'entier des participants. Cette limite a été mentionnée par Winters et al. (2007) ainsi que d'autres auteurs (Koehn & Lehman, 2008).

### **Freins et facteurs facilitant l'EBP**

De nombreuses études concernant les freins et barrières à l'EBP ont été menées sur le plan international. Cette récurrence dans le sujet d'étude traduit la préoccupation et les intérêts majeurs de la communauté infirmière à répondre à cet écart entre prescrit et réel par des stratégies qui soient adaptées à chaque contexte. Cette revue de littérature a répertorié différents instruments qui permettent d'identifier les obstacles à l'EBP comme l'échelle BARRIERS développée par Funk et ses collègues (1991), l'Evidence Based Practice Questionnaire (EBPQ) créé par Upton et Upton (2006), le Research Utilization Questionnaire (RUQ) développé par Champion et Leach (1989),

ainsi que l'EBP Beliefs Scale et l'EBP Implementation Scale développés par Mazurek Melnyk, Fineout-Overholt et Mays (2008).

Au vu des nombreuses études qui existent sur le sujet, les résultats ont été regroupés en fonction de la nature des obstacles à EBP, soit : liés aux caractéristiques individuelles des professionnels, liés aux caractéristiques organisationnelles des institutions et liés aux caractéristiques de la recherche en soins.

### **Obstacles liés aux caractéristiques individuelles**

Les caractéristiques individuelles recensées sont relatives aux compétences et connaissances des infirmières envers EBP, à l'intérêt porté à la recherche et traduisant des attitudes et comportements d'ouverture au changement.

### **Attitudes envers l'EBP et l'intérêt porté à la recherche**

Plusieurs études internationales indiquent que les infirmières démontrent des attitudes favorables envers EBP (Breimaier, Halfens, & Lohrmann, 2011; Brown, Wickline, Ecoff, & Glaser, 2008; Chiu et al., 2010; Gagnon et al., 2009; Johansson et al., 2010; Knops, Vermeulen, Legemate, & Ubbink, 2009; Mazurek Melnyk et al., 2008). L'étude descriptive transversale menée par Brown et ses collègues (2008), auprès de 458 infirmières d'un centre de santé en Californie précise que les attitudes des infirmières envers l'EBP sont en moyenne meilleures ( $M = 5,15$  sur 7 points)

que les connaissances qui y sont associées ( $M = 4,56$  sur 7 points) et que l'implémentation d'EBP dans la pratique ( $M = 4,49$  sur 7 points).

La moitié de l'échantillon composé de 991 infirmières issues d'un CHU autrichien ayant participé à l'étude descriptive de Breimaier et al. (2011) avait déclaré considérer l'utilisation des résultats de la recherche comme précieux et valorisant pour les soins infirmiers, mais au cours de cette même étude les conclusions des auteurs indiquent que la troisième barrière à l'EBP s'est révélée être le manque d'intérêt accordé à la recherche (25,9%), citée après le manque de temps (69,9%) et le manque de connaissances (45,4%). Une étude américaine soutenue par le Nursing Informatics Expert Panel a retenu un échantillon aléatoire stratifié composé de 1097 infirmières. L'étude américaine de grande envergure de Pravikoff, Pierce et Tanner (2005) appuie les constatations d'un manque d'intérêt de la part des infirmières envers l'utilisation des résultats de la recherche.

### **Connaissances du concept d'EBP**

Le constat d'un manque de connaissance du concept d'EBP pourrait représenter le premier obstacle rencontré auprès des infirmières. L'étude descriptive de Breimaier et al. (2011) indique que 77% de l'échantillon interrogé ne pensaient pas utiliser consciemment les résultats issus de la recherche contre 4,5% qui pensaient les utiliser fréquemment. L'étude du Nursing Informatics Expert Panel (Pravikoff et al., 2005) avait révélé que presque la moitié de l'échantillon interrogé n'était pas familiarisé avec le terme EBP, que plus de la moitié n'avait jamais identifié un problème pour

lequel la recherche de résultats scientifiques était nécessaire et ne croyaient pas que leurs collègues utilisaient des résultats de la recherche dans leur pratique. L'étude de Winters et al. (2007) met en évidence des données qualitatives issues d'entretiens semi-structurés auprès de 29 infirmières issues de milieux professionnels ruraux : les résultats révèlent que les infirmières confondent souvent le mot « recherche » avec le sens de « collecte d'informations ». Il en est de même dans l'étude qualitative de Gagnon et al. (2009) où les auteurs relèvent une ambiguïté entre « faire de la recherche » et « utiliser les résultats émanant de la recherche », auprès des 22 infirmières québécoises interrogées.

La littérature a relevé que la terminologie relative à l'EBP n'était pas claire pour les infirmières, avait pu entraîner des interprétations erronées ou n'avaient pas permis aux infirmières de remplir les questionnaires (Cullen & Adams, 2010; Gagnon et al., 2009; Knops et al., 2009; Koehn & Lehman, 2008; Winters et al., 2007). L'ensemble de ces résultats indique que malgré la récurrence de l'EBP dans la littérature, il subsiste un manque de connaissance et de compréhension du concept.

### **Compétences à mener les étapes de l'EBP**

La littérature met en lumière qu'un manque de compétence et connaissance envers les étapes de l'EBP, représentent une autre barrière majeure (Breimaier et al., 2011; Koehn & Lehman, 2008). Les infirmières évaluent négativement leurs compétences à mener une recherche sur les bases de données, à critiquer des articles scientifiques et à formuler une

question autour d'un problème clinique, affectant le bon déroulement des étapes du processus EBP (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011).

Les résultats de Pravikoff et al. (2005) montrent que la source principale de savoir reste un collègue ou un pair. La plupart des infirmières ont déclaré qu'elles n'effectuaient pas de recherche sur des sources d'informations reconnues comme Medline et CINAHL et celles qui y ont recours ne pensent pas être efficaces. Aussi, 27% déclaraient ne pas avoir eu de formation à la recherche sur les bases de données électroniques. Dans l'étude de Breimaier et al. (2011), 38,1% des infirmières interrogées estimaient nécessaire d'acquérir de la formation supplémentaire concernant l'utilisation de bibliothèques et bases de données. Ces résultats viennent corroborer l'étude de devis qualitatif et exploratoire de Gagnon et al. (2009) qui s'est penchée sur les freins et facteurs facilitant l'EBP auprès de 22 infirmières issues de deux CHU québécois. Dans cette étude, les sources d'informations privilégiées sont les collègues et tiers, les livres et manuels, ainsi que le moteur de recherche Google. Les infirmières interrogées n'avaient pas mentionné les bases de données comme Medline et CINAHL. La priorité donnée aux savoirs informels a aussi été identifiée dans l'étude de Dee et Stanley (2005). Cette étude a relevé que la totalité des participants avaient recours aux connaissances d'un pair au moins une fois par semaine, en raison de la rapidité de l'accès à l'information, qu'ils estimaient fiable et concise.

La recherche dans les bases de données nécessite une certaine maîtrise de l'anglais et des outils informatiques. Au cours de l'étude de Breimaier et al. (2011), 20,1% souhaitaient acquérir des principes de base de lecture en anglais portant sur des articles scientifiques. A Taiwan, l'étude comparative de Chiu et al. (2010) entre médecins et infirmières indiquent que les infirmières tendent à avoir de moins bonnes compétences en anglais que les médecins. Dans cette étude, les auteurs ont relevé que l'utilisation de ressources informatisées était limitée aux moteurs de recherche en chinois. Par ailleurs, la recension de littérature met en évidence que certaines infirmières continuent à manquer de connaissances dans l'utilisation d'outils informatisés et peuvent être réticentes à l'information digitalisée (Brown et al., 2008; Dee & Stanley, 2005). L'adhésion aux outils informatisés dans les soins infirmiers s'est avéré positivement corrélé avec les années de pratique à l'utilisation d'ordinateurs en général ( $r = 0,5, p < 0,05$ ) (Ammenwerth, Mansmann, Iller, & Eichtstädter, 2003).

Les études présentées convergent autour des conclusions suivantes : les infirmières estiment que l'utilisation des bases de données est difficile et manquent de compétences dans leur utilisation. L'accessibilité aux outils informatiques et le temps imparti aux infirmières pour conduire les étapes de l'EBP sont des caractéristiques organisationnelles discutées plus loin.

Plusieurs études mettent en évidence des difficultés à synthétiser et traduire les résultats scientifiques pour la pratique. L'étude de Breimaier et al. (2011), 19% de l'échantillon souhaitaient acquérir des compétences portant

sur l'évaluation critique de résultats de recherche, 10,2% portant sur des principes de base en statistiques et 22,7% souhaitait obtenir de la formation supplémentaire portant sur l'EBP. Dans l'étude de Brown et al. (2008), les auteurs ont déterminé des priorités d'interventions autour de : (1) la formulation d'une question autour d'un problème clinique, (2) le développement de compétences de recherche et à déterminer la validité des sources d'informations et (3) l'évaluation critique des preuves. L'étude de Mazurek Melnyk et al. (2008) auprès de 394 infirmières américaines portant sur la validité psychométriques de leurs échelles BELIEFS et IMPLEMENTATION, relève que 53% des infirmières se sont décrites comme étant au clair avec les étapes d'EBP, 35% avaient des compétences suffisantes dans l'implémentation pour changer la pratique et 44% indiquaient savoir comment mesurer les résultats de soins prodigués. En considérant une fréquence de cinq fois ou plus des actions réalisées au cours des huit semaines précédant l'étude, les auteurs soulignent que 13% des participants avaient formulé une question PICO, 11% avaient utilisé une recommandation ou une revue systématique pour changer la pratique, 16% avaient changé la pratique en regard de données collectées auprès de patients et 31% avaient lu et évalué une étude de recherche. Le recueil de données concernant le problème d'un patient est l'action la plus fréquente réalisée par 34% des infirmières interrogées, au cours des deux derniers mois. Les énoncés des questionnaires qui relatent le partage et la diffusion de résultats scientifiques, indiquent que 16 à 37% des participants avaient effectués ces actions au cours de la période mentionnée.

Pour résumer, les infirmières relatent des difficultés à accéder aux meilleurs résultats scientifiques, à les synthétiser, à les traduire pour leur pratique clinique, à évaluer les résultats de leurs interventions et à disséminer les résultats.

### **Degré de formation des infirmières**

Plusieurs études ont permis de mettre en évidence des associations significatives entre les attitudes, les connaissances et les compétences des infirmières envers les étapes de l'EBP (Brown et al., 2008; Estabrooks, Floyd, Scott-Findlay, O'Leary, & Gushta, 2003; Mazurek Melnyk et al., 2008; Melnyk et al., 2004; Wallen et al., 2010b).

Un large pan de la littérature met en évidence que le degré de formation est associé aux attitudes, connaissances et compétences des infirmières à implémenter l'EBP.

Dans l'étude descriptive de Mazurek Melnyk et al. (2008) menée auprès de 394 infirmières américaines, les infirmières ayant été familiarisées antérieurement aux principes de l'EBP (durant la formation de base, formation continue et de spécialisation ainsi que par intérêt personnel) démontrent des attitudes qui sont similaires aux infirmières ayant été peu familiarisées avec l'EBP. Mais l'implémentation d'EBP est deux fois plus élevé dans le premier groupe que dans le deuxième ( $p < 0,001$ ). De surcroît, des mesures d'associations statistiquement significatives indiquent que les infirmières ayant bénéficié d'une formation de niveau Doctorat ont de

meilleures croyances envers l'EBP que les infirmières ayant obtenu un diplôme associé<sup>6</sup> ( $M = 64,06$  vs.  $M = 49,7$  sur 80 points,  $p < 0,001$ ). Le niveau de formation des infirmières influe sur leurs compétences à mener les étapes d'EBP, de sorte que les infirmières ayant bénéficié d'une formation de niveau Doctorat décrivent de meilleures compétences dans l'implémentation de l'EBP que les infirmières ayant obtenu un diplôme associé ( $M = 25,5$  vs.  $M = 8,37$  sur 72 points,  $p < 0,001$ ). Bien que la moyenne obtenue auprès des participants ayant un Doctorat soit meilleure que pour le deuxième groupe, une moyenne de 25,5 sur 72 points s'avère modérée. Ces résultats concordent avec l'étude de Gerrish, Guillaume, et al. (2011). Brown et al. (2008) mettent également en évidence que de meilleures connaissances sont associées à une meilleure implémentation d'EBP dans la pratique clinique ( $r = 0,591$ ,  $p < 0,05$ ). Dans l'étude de Koehn et al. (2008), une analyse multivariée en regard de quatre niveaux de formation en soins infirmiers (diplôme, diplôme de degré associé, degré Bachelor, degré Master) a démontré que la formation de degré Bachelor et Master influe positivement sur les croyances des infirmières envers l'EBP. Dans l'étude autrichienne de Breimaier et al. (2011), la comparaison des groupes en fonction de la date d'obtention du diplôme indique que les infirmières diplômées après 2001 ont de meilleures croyances envers l'EBP que celles ayant été diplômées avant 2001 ( $p < 0,0005$ ). Les auteurs précisent que les infirmières ayant suivi un

---

<sup>6</sup> Le diplôme associé correspond à un diplôme attribué au Canada et aux Etats-Unis après avoir validé un cursus de deux ans de formation supérieure.

cursus de formation universitaire<sup>7</sup> continuent à affirmer qu'elles manquent de connaissances et de compétences envers l'utilisation de la recherche.

### **L'âge, les années d'expérience professionnelle et le poste occupé**

L'âge des participants, les années d'expériences professionnelles et le poste occupé sont également des caractéristiques individuelles explorées en regard de l'EBP.

Mazurek Melnyk et al. (2008) ont mis en évidence que l'âge des participants pourraient être associé aux croyances envers l'EBP. Au cours de cette étude, les infirmières aînées interrogées décrivaient de meilleures attitudes que les infirmières plus jeunes ( $M = 59,75$  sur 80 points auprès des participants de 61 à 70 ans contre  $M = 48,35$  sur 80 points auprès des participants de 21 à 30 ans,  $p < 0,001$ ). Toutefois, aucune mesure d'association statistiquement significative n'a pu être mise en évidence entre l'âge et la capacité à implémenter l'EBP dans la pratique, au cours de cette étude.

L'expérience professionnelle est également un paramètre exploré à l'égard de l'implémentation d'EBP. L'étude quantitative exploratoire et corrélationnelle de Johansson et al. (2010) auprès de 99 infirmières cheffes issues de deux hôpitaux suédois avait inclus une formation préalable de cinq jours centrée sur la recherche dans les bases de données, analyse critique

---

<sup>7</sup> En Autriche, les programmes universitaires en sciences infirmières ont débuté en 2004. Cependant la formation infirmière suit de nouvelles directives légales depuis 2001, de sorte que des différences dans l'orientation du programme de formation ont été relevées depuis 2001 déjà.

d'articles et statistiques descriptives. Bien que le manque de temps soit relevé comme principal obstacle à l'EBP dans cette étude, des mesures d'associations significatives, d'envergure faible à modérée, relèvent des différences en fonction du nombre d'années d'expérience professionnelle. Les infirmières cheffes en poste depuis plus longtemps perçoivent de meilleures possibilités envers l'utilisation de la recherche. Également, les infirmières avec plus d'années d'expérience en tant que infirmières cheffes perçoivent avoir plus de temps pour lire des résultats d'études durant leur travail ( $r = 0,21$ ,  $p = 0,04$ ), et pour conduire de la recherche durant leur temps de temps travail ( $r = 0,31$ ,  $p = 0,002$ ). Les participants ayant bénéficié dans leur cursus d'une formation additionnelle, incluant de méthodologie scientifique (59 des 99 participants) démontraient aussi un plus haut degré d'utilisation des résultats de la recherche ( $M =$  de 5 à 7,2 sur 11 points, vs  $M =$  de 3,7 à 5,3 sur 11 points,  $p < 0,05$ ). Enfin, aucun résultat statistiquement significatif n'a pu être démontré quant au bénéfice de la formation préalable de cinq jours suivie par 29 participants contre 70 participants qui ne l'avaient pas suivie.

Concernant le poste occupé, les participants qui occupent un poste de niveau hiérarchique supérieur décrivent de meilleures croyances que les participants occupant un poste d'infirmier de premier recours ( $M = 61,5$  vs.  $M = 48,72$  sur 80 points,  $p < 0,001$ ) et de meilleures compétences à implémenter l'EBP ( $M = 20,85$  vs.  $M = 6,97$  sur 72 points,  $p < 0,001$ ) (Mazurek Melnyk et al., 2008).

### **Obstacles liés aux caractéristiques organisationnelles**

Les caractéristiques organisationnelles qui peuvent créer obstacle à l'EBP regroupent la disponibilité et l'autonomie qui sont imparties à l'infirmière pour entreprendre les étapes d'EBP, l'accès à l'information et aux ressources, ainsi que le soutien dévolu à la pratique infirmière de la part de ses collaborateurs et de sa hiérarchie.

### **Temps imparti pour conduire les étapes d'EBP**

Cette recension de littérature a mis en évidence que le manque de temps est la barrière perçue la plus communément recensée envers l'EBP (Breimaier et al., 2011; Brown et al., 2008; Carlson & Plonczynski, 2008; Chiu et al., 2010; Johansson et al., 2010; Knops et al., 2009; Koehn & Lehman, 2008; Pravikoff et al., 2005). Comme mentionné précédemment, l'étude de Breimeier et al. (2011) met en évidence que près de 70% des 1'023 infirmières d'un CHU autrichien citent le manque de temps comme barrière à l'EBP. Les 422 infirmières d'un centre urbain américain indiquent également le manque de temps comme barrière prioritaire (39,4%) (Koehn & Lehman, 2008). Les infirmières cheffes interrogées par Johansson et al. (2010) révèlent un haut degré de promotion d'utilisation de la recherche auprès des équipes. Dans cette étude, le temps imparti aux équipes infirmières pour rechercher des résultats scientifiques ( $M = 4,6$  sur 11 points) et lire des rapports de recherche sur leur lieu de travail ( $M = 4,4$  sur 11 points) était perçu comme insuffisant. Les infirmières cheffes interrogées décrivent également un manque de temps pour conduire des étapes d'EBP

durant leur temps de travail, de sorte que lire des articles scientifiques ( $M = 3$  sur 11 points) et mener une recherche dans leur unité ( $M = 2,2$  sur 11 points) sont des étapes d'EBP peu représentées. Cette assertion doit être nuancée car comme cité précédemment, les infirmières cheffes avec plus d'années d'expérience professionnelle perçoivent avoir plus de temps pour lire des résultats d'études durant leur travail ( $r = 0,21$ ,  $p = 0,04$ ) et de meilleures possibilités pour conduire des étapes de la recherche durant leur temps de temps travail ( $r = 0,31$ ,  $p = 0,002$ ). Finalement, les infirmières interrogées au cours de l'étude américaine de Pravikoff et al. (2005) avaient révélé ne pas appliquer suffisamment l'EBP car elles percevaient la présence d'objectifs de plus haut niveau de priorité au cours de leur journée de travail. Ces résultats contrastent avec les propos de Glacken et Chaney (2004) qui déclarent que le manque de temps serait une excuse socialement acceptable alors qu'il pourrait s'agir d'un manque d'intérêt ou l'absence de besoins perçus envers les savoirs produits par la recherche.

### **Accès aux résultats de la recherche**

La contribution apportée par l'introduction de la technologie et notamment des outils informatisés, est un paramètre nouvellement exploré dans la littérature portant sur les freins et facteurs facilitant l'EBP (Ammenwerth et al., 2003; Dee & Stanley, 2005; Geurden, Strem, Piron, & Gobert, 2012; Wozar & Worona, 2003; Xu et al., 2005). Ces auteurs indiquent que le défaut d'accessibilité aux outils informatiques est relaté comme un obstacle qui favorise un recours aux savoirs informels. Le succès

d'implémentation d'EBP auprès des infirmières dépend aussi de l'accessibilité aux bibliothèques spécifiquement centrées sur les besoins de la pratique infirmière.

Une étude observationnelle menée en Ontario en 1995 avait révélé que seuls 35% des petits hôpitaux (<250 lits) offraient l'accès aux revues de recherche dans leur bibliothèque, 38% basaient leur processus de changement de la pratique infirmière sur des résultats issus de la recherche, 15% permettaient l'implémentation des programmes d'utilisation de la recherche pour les équipes infirmières et 97% mentionnaient leur besoin d'aide dans l'enseignement de leur personnel infirmier sur l'utilisation de la recherche (Mitchell, Janzen, Pask, & al.). Le défaut d'accès aux résultats de la recherche peut donc être considéré comme un frein à l'autonomie infirmière dans l'implémentation d'EBP.

### **Soutien de la hiérarchie et autonomie des infirmières**

Concernant la perception de soutien de la part de la hiérarchie dans l'implémentation d'EBP, des mesures d'associations significatives mettent en évidence que plus l'organisation est perçue comme un obstacle, plus la perception des infirmières concernant leurs compétences envers l'EBP s'avèrent négatives ( $r = -0,18$ ,  $p = 0,004$ ) (Brown et al., 2008). Ces résultats appuient ceux de l'étude de Johansson et al. (2010) qui a mis en évidence que les infirmières cheffes (48%) ayant reconnu que leur hiérarchie accorde de l'importance à EBP, démontraient de meilleures capacités à utiliser la recherche parce qu'elles s'y sentaient davantage encouragées ( $p > 0,005$ ).

La revue systématique de Kajermo et al. (2010) a recensé les études ayant utilisé l'échelle BARRIERS entre 1991 et 2009. Cette revue systématique met en évidence que 43 études sur 53 citent le manque d'autonomie et d'autorité pour changer des procédures de soins comme l'une des dix barrières prioritaires à l'EBP.

Une hiérarchie participative, l'intérêt des leaders infirmiers envers l'EBP, une culture constructive (*building culture*), du temps imparti pour conduire les étapes d'EBP, ainsi que l'accessibilité des résultats pour la pratique quotidienne sont les facteurs facilitant l'EBP qui concernent les structures et les organisations (Breimaier et al., 2011; Johansson et al., 2010; Koehn & Lehman, 2008).

### **Obstacles liés aux caractéristiques de la recherche**

Les caractéristiques liées à la recherche réunissent le degré d'accessibilité, de compréhension et d'interprétation des résultats de la recherche, ainsi que leur applicabilité pour la pratique clinique quotidienne.

### **Traduction des résultats de la recherche pour la pratique**

Certes, la compréhension des résultats de la recherche est liée au degré de formation et de compétences des infirmières, ainsi qu'à la disponibilité en temps et en ressources qui leur sont impartis pour pouvoir accéder aux résultats de la recherche. Les caractéristiques individuelles et organisationnelles évoquent qu'il existe des lacunes. Néanmoins, dans l'étude de Gagnon et al. (2009) les infirmières avaient souligné l'importance

de rendre les résultats de la recherche accessibles, applicables, simples et rapides. La littérature internationale indique que les infirmières continuent de percevoir les résultats de la recherche comme difficiles à comprendre et à appliquer. Brown et al. (2008) mettent en évidence que plus les infirmières perçoivent la recherche comme difficile à trouver et à comprendre, plus elles évaluent négativement leurs propres compétences envers EBP ( $r = -0,216$ ,  $p < 0,05$ ). Gagnon et al. (2009) suggèrent de favoriser la synthèse des résultats sous forme de ligne directrice (*guideline*).

Plusieurs études descriptives comparant les freins et facteurs facilitant à l'EBP auprès de médecins et d'infirmières mettent en évidence que les résultats de recherche ne s'avèrent pas toujours pertinents pour la pratique clinique (Chiu et al., 2010; Knops et al., 2009). Les médecins relèvent plusieurs obstacles comme l'inadéquation entre méthodologie et rapport de recherche, des résultats d'études contradictoires et un manque de pertinence pour leur domaine de pratique. Comparativement, au cours de ces études, les infirmières relatent une maîtrise de l'anglais insuffisante, des lacunes dans l'évaluation critique des preuves et de moins bonnes compétences dans la recherche de littérature. Ces caractéristiques relèvent de compétences personnelles.

Les conclusions de l'étude de (Breimaier et al., 2011) mentionnent que l'applicabilité et la pertinence des résultats pour la pratique quotidienne est un facteur facilitant le succès d'implémentation d'EBP (14,6%), après une information adéquate sur la valeur de l'innovation (39,6%), la disponibilité en

structurelle en temps et en ressources (25,3%) et le soutien professionnel (16,9%).

### **Convergences des résultats en dépit des spécificités liées au contexte**

Les infirmières ne sont pas un groupe uniforme. Elles possèdent des niveaux de formation et de spécialisation différents et prodiguent des soins dans des contextes variables.

La revue intégrative de Carlson et Plonczynski (2008) s'est penchée sur l'analyse des études incluant l'échelle BARRIERS développée par Funk en 1991. Les 45 études retenues entre 1991 et 2006, permettent de conclure qu'au cours cette période, les barrières qui se sont imposées à l'EBP sont principalement les mêmes et cela est vrai indépendamment que les études soient menées aux USA (n = 15), en Angleterre (n = 14) ou dans d'autres pays tels la Suède, l'Australie, l'Irlande, la Finlande (n = 15). Ces facteurs sont : (1) le manque de temps qui s'avère être la barrière la plus fréquemment citée, suivie du (2) sentiment de défaut de pouvoir et de manque de soutien de la part des médecins et des gestionnaires et (3) le défaut d'accessibilité à l'information en regard du manque de disponibilité de la littérature scientifique et de compréhension insuffisante du contenu de celle-ci. Contrairement aux études présentées précédemment, cette revue de littérature ne retient pas le manque de connaissances et compétences comme obstacle majeur à l'EBP. Toutefois, l'échelle BARRIERS contient huit énoncés sur 28 qui traitent des caractéristiques individuelles des participants, parmi lesquels uniquement un énoncé questionne le participant sur ces

propres compétences : « l'infirmière ne se sent pas capable d'évaluer la qualité de la recherche » (traduction libre, Kajermo et al., 2010, p. 3). Des échelles développées plus récemment, comme les échelles BELIEFS et IMPLEMENTATION de Melnyk et Fineout-Overholt (2011) permettent de distinguer les attitudes des compétences envers les étapes d'EBP.

Bien que les contextes de soin et les niveaux de formation diffèrent, les barrières relatives à l'EBP sont fréquemment les mêmes. La revue systématique de la littérature portant sur 63 études ayant utilisé l'échelle BARRIERS entre 1991 et 2009 menée par Kajermo et al. (2010) indique qu'il n'y a pas de différence significative dans les barrières rencontrées à l'EBP en fonction du temps et de la situation géographique.

### **Implémenter l'EBP par des modèles conceptuels basés sur des preuves**

Identifier les obstacles qui s'imposent à l'EBP ne suffit pas à y pallier. Les conclusions d'études de devis descriptifs convergent : les barrières à l'EBP restent les mêmes depuis plus d'une décennie. Selon le modèle de diffusion de l'innovation de Rogers (2003), l'adoption de nouveaux comportements découle de la combinaison de plusieurs paramètres comme le contenu de l'innovation, les canaux de communication employés, la durée et le système social en présence. Les études descriptives sont nécessaires à l'analyse des obstacles et à la préparation de stratégies d'intervention (Van Achterberg, Schoonhoven, & Grol, 2008). Mais plusieurs auteurs recommandent d'élaborer des études expérimentales qui testent l'efficacité des stratégies choisies, de sorte que les modèles conceptuels

d'implémentation d'EBP soient également basés sur des preuves (Carlson & Plonczynski, 2008; Hutchinson & Johnston, 2006; Kajermo et al., 2010; Levin, 2011).

### **Rôle clé de l'infirmière leader**

Plus récemment, la littérature a mis en évidence des résultats de recherche consistants qui placent l'infirmière leader au sommet des facteurs facilitant à l'implémentation de l'EBP. Dans la perspective de développement de compétences de recherche et de comportements favorables à une démarche basée sur des preuves, l'infirmière de pratique avancée<sup>8</sup> (IPA), une infirmière leader ou exerçant un rôle de mentor est fréquemment mentionnée comme un facteur facilitant l'implémentation de l'EBP (Gagnon et al., 2009; Gerrish, Guillaume, et al., 2011; Gerrish, McDonnell, et al., 2011; Hutchinson & Johnston, 2006; Lev, Kolassa, & Bakken, 2010; Pravikoff et al., 2005; Shirey, 2006; Wallen et al., 2010a; Wallen et al., 2010b; Winters et al., 2007).

### **Compétences attribuées à l'infirmière leader**

Une revue de la littérature mentionne que les compétences communément associées à l'infirmière leader sont celles d'agent de changement, de leader d'opinion, ou de personne possédant les

---

<sup>8</sup> Selon l'Association Nationale des Infirmiers Cliniciens Spécialisés, le terme pratique infirmière avancée est une expression générale décrivant le niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation de connaissances acquises au niveau d'études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations (National Association of Clinical Nurse Specialists, 2010).

compétences et connaissances nécessaires dans l'application d'EBP (Shirey, 2006). L'étude de Lev et al. (2010) auprès d'étudiants infirmiers et de leurs mentors identifie encore des compétences associées au soutien psychosocial, au développement de carrière, aux conseils, à la modélisation du rôle et au développement de la stimulation intellectuelle. Appuyée par la théorie d'auto-efficacité de Bandura (1997), cette étude met en lumière les comportements humains appris grâce à l'interaction. Le rôle de mentor agit sur la valorisation du sentiment d'auto-efficacité chez des étudiants infirmiers face à leurs compétences de recherche. Les résultats indiquent que l'efficacité du mentorat permet de potentialiser le développement des connaissances et les perspectives de carrière.

### **Obstacles à l'EBP auprès des IPA**

Une étude descriptive et corrélationnelle auprès de 855 infirmières de pratique avancée (IPA) issues de 87 hôpitaux et centres de santé en Angleterre (Gerrish, Guillaume, et al., 2011) a permis d'identifier plusieurs obstacles à l'implémentation de l'EBP auprès des infirmières de premier recours. Les obstacles perçus par les IPA sont associés à la charge de travail excessive, à la difficulté d'accès aux ressources, au manque de temps et au manque de soutien de la part de leurs collègues et de leur hiérarchie. L'étude indique qu'un tiers des IPA de l'échantillon était au bénéfice d'une formation de niveau Master (n = 247) et une minorité au bénéfice du Doctorat (n = 7). Dans cette étude, 45% des IPA se sont décrites comme débutantes pour entreprendre une recherche et un tiers s'est considéré comme novice

pour effectuer une analyse comparative clinique (*clinical benchmarking*). Or, 60% des IPA interrogées se sont estimées le plus compétentes dans l'identification, l'implémentation et l'évaluation d'un changement de pratique. Dans cette étude, la diffusion et le partage de résultats scientifiques n'a pas été relevé.

En comparant les résultats des IPA au titre d'un niveau Master et celles qui ont un titre Bachelor ou inférieur<sup>9</sup>, les tests du Chi 2 indiquent des différences statistiques significatives ( $p < 0,001$ ). Les IPA au bénéfice d'une formation de niveau Master ont une meilleure perception de leurs compétences pour soutenir l'EBP. En revanche, les auteurs indiquent que les IPA, tous degrés de formation confondus, agissent comme leaders cliniques et permettent de promouvoir l'EBP auprès des infirmières de premier recours.

### **Formation à l'EBP auprès d'infirmières leaders**

Une étude américaine mixte et quasi-expérimentale (Wallen et al., 2010b) a été effectuée auprès d'infirmières identifiées comme étant les plus susceptibles de devenir leaders ou mentors au sein de leur institution. L'étude inclut des entretiens, la soumission d'un questionnaire en pré-intervention (*baseline*) auprès 159 infirmières puis en post-intervention (58 questionnaires issus des participants à la formation contre 41 du groupe

---

<sup>9</sup> Il faut relever que la plupart des cadres conceptuels de développement de la pratique avancée indiquent que le grade universitaire de deuxième cycle en sciences infirmières constitue la formation minimale préparatoire à la pratique infirmière avancée (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2008; Hamric, Spross, & Hanson, 2009). Le Conseil International Infirmier indique que la formation au niveau Master est recommandée (International Council of Nurses, 2002)

contrôle). Les échantillons ont été préalablement divisés de telle sorte qu'une formation spécifique de développement de connaissances et compétences de l'EBP a été soumise à 95 participants contre 65 dans le groupe contrôle. En comparaison avec le groupe contrôle, la participation au programme de mentorat sur une période de sept mois est associée à un accroissement significatif des perceptions organisationnelles qui soutiennent l'EBP ( $M =$  de 77,2 à 89,5 vs.  $M =$  de 80,9 à 82,9 sur 125 points,  $p = 0,025$ ) et des attitudes positives ( $M =$  de 57,2 à 62,6 vs.  $M =$  de 58 à 58,2 sur 80 points,  $p = 0,025$ ). Des mesures d'associations statistiquement significatives existent entre les perceptions organisationnelles qui soutiennent l'EBP et la satisfaction au travail ( $r = 0,29$ ,  $p < 0,01$ ), la cohésion de groupe ( $r = 0,36$ ,  $p < 0,01$ ), l'intention de quitter son poste ( $r = -0,24$ ,  $p < 0,01$ ) et les attitudes envers EBP ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,05$ ). L'association statistiquement significative entre les croyances envers l'EBP et l'implémentation dans la pratique ( $r = 0,36$ ,  $p < 0,01$ ) corrobore les résultats décrits dans des études antérieures (Brown et al., 2008; Estabrooks et al., 2003; Melnyk et al., 2004).

En résumé, l'infirmière leader exerce un rôle clé dans l'implémentation de l'EBP grâce à des compétences variées. Ces compétences en faveur de l'EBP sont potentialisées par une formation de niveau Master ou supérieure ou une formation spécifique centrée sur l'EBP. En revanche, les IPA indiquent que leurs compétences pour mener une recherche ou effectuer des analyses comparatives cliniques restent encore insuffisantes. Afin de pallier aux obstacles à l'EBP, une démarche de changement devrait être guidée par

une stratégie d'intervention planifiée (Breimaier et al., 2011). De ce fait, il semble cohérent de maîtriser le processus méthodologique de recherche clinique. D'autres études devraient être menées afin d'évaluer l'influence du niveau de formation des IPA sur l'implémentation d'EBP.

### **Conclusion**

La recension de la littérature démontre aussi que, depuis quelques décennies, les études internationales convergent autour de l'identification de mêmes obstacles à l'EBP. Ils peuvent être regroupés selon les caractéristiques individuelles des infirmières, les caractéristiques organisationnelles des institutions, ainsi que les caractéristiques des résultats de la recherche en soins.

La présente recension de la littérature met en évidence que le manque de connaissance du concept d'EBP représente la première barrière auprès des infirmières. Le manque de temps, ainsi que des connaissances et compétences insuffisantes pour conduire les étapes de l'EBP sont les barrières les plus fréquemment citées à un niveau international. Le rôle d'infirmière leader représente le facteur facilitant dominant de cette recension des écrits. Mais les infirmières leader accusent aussi un manque de temps et de connaissances envers certaines étapes de l'EBP. Finalement, la recension met en évidence qu'il existe des différences significatives en fonction de caractéristiques sociodémographiques comme : le niveau de formation, le poste occupé, l'âge et le nombre d'années d'expérience

professionnelle. La littérature suggère de tester des modèles opérationnels d'implémentation d'EBP, afin qu'ils soient eux aussi basés sur des preuves.

Sur la base des résultats fournis par la recension de littérature, cette étude cherche à décrire les attitudes et les compétences à implémenter l'EBP de la part d'infirmières exerçant en centre hospitalier suisse.

## **Cadre théorique**

L'application efficace de l'EBP demande une culture d'ouverture au changement de la part des professionnels (Melnik & Fineout-Overholt, 2011). Cependant, l'état de la recherche indique que seuls 20 % des employés d'une organisation sont généralement préparés à entreprendre des mesures de changements (Prochaska, Prochaska, & Levesque, 2001). En regard de ce résultat, une majorité des mesures d'actions sont perçues comme imposées et de ce fait échouent voire engendrent des comportements résistants de la part des membres de l'organisation. Pour permettre aux organisations de créer des conditions favorables et accompagner leurs équipes dans les étapes du processus de changement, la recherche devraient prioritairement permettre de comprendre le contexte avant de procéder à une démarche d'implémentation d'EBP (Koehn & Lehman, 2008). Ce chapitre présente le modèle conceptuel et organisationnel ARCC – acronyme de *Advancing Research and Clinical practice through close Collaboration* – conçu pour accompagner l'implémentation de l'EBP.

### **Modèle ARCC : changer la pratique au sein d'une organisation**

Le modèle ARCC est un modèle de système d'implémentation à grande échelle et de durabilité de l'EBP, conceptualisé en 1999 par Melnik et Fineout.

Le modèle ARCC s'appuie sur la théorie du contrôle de Carver et Scheier (Melnik & Fineout-Overholt, 2011) qui soutient qu'un écart entre l'état actuel et la norme devrait faciliter le changement de comportements.

De sorte que les infirmières qui ont conscience que leur pratique n'est plus actuelle, devraient motiver un changement. Le modèle ARCC s'appuie également sur l'approche cognitivo-comportementale qui stipule qu'un comportement individuel est influencé par les croyances, les émotions, l'apprentissage et les facteurs socio-environnementaux (Melnik & Fineout-Overholt, 2011). Ainsi, de meilleures attitudes envers l'EBP potentialisent les compétences infirmières en faveur de la qualité des soins aux patients.

Le modèle ARCC inclut un pôle de stratégie d'implémentation au travers de la compétence de mentorat par une infirmière de pratique avancée (IPA), ainsi que d'ateliers de construction de compétences et de *journal club*. Les composantes clés du rôle d'infirmière mentor sont : (1) la construction de connaissances et de compétences à l'égard de EBP ; (2) le fait de stimuler, faciliter et éduquer les équipes infirmières à une culture EBP ; (3) la modélisation du rôle ; (4) les conduites de stratégies d'amélioration et programmes de suivi ; (5) le fait de produire des résultats probants disponibles à l'interne au travers de projets fondée sur des preuves ; (6) le fait de faciliter l'implication des équipes dans la recherche afin de produire des résultats probants disponibles à l'externe ; (7) l'utilisation des preuves pour favoriser la meilleure pratique ; (8) la collaboration interdisciplinaire en vue de faire avancer et soutenir l'EBP.

Renforcer les croyances positives sur la valeur de l'EBP est la finalité visée par ARCC en vue de potentialiser l'implémentation du concept EBP. Le mentorat vise à (a) assister les infirmières et autres cliniciens à développer

leurs connaissances, compétences et projets d'implémentation relatifs à l'EBP (b) développer une culture EBP et outrepasser les freins et barrières à l'implémentation de l'EBP (Gerrish, Guillaume, et al., 2011; Johansson et al., 2010; Melnyk & Fineout-Overholt, 2011). Les objectifs du modèle ARCC reposent donc sur la volonté d'implémenter les résultats de la recherche dans la pratique et de garantir leur durabilité. Comme présenté dans la figure 3, le modèle se décline en trois étapes : (1) évaluation de la culture organisationnelle et la préparation du terrain en faveur de l'EBP, (2) identification des forces et des freins à l'implémentation (3) développement et utilisation du mentorat au sein de l'institution (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011, pp. 257-261). La particularité du modèle ARCC est liée à son utilisation au long cours en intégrant un processus large d'accompagnement. Le processus large du modèle ARCC est un point fort face à la critique émise par Damshroder et al. (2009) quant à la nécessité de penser les modèles d'implémentation non seulement au vue des résultats sommatifs recherchés, mais également formatifs au long du processus, au risque de rendre l'implémentation obsolète.

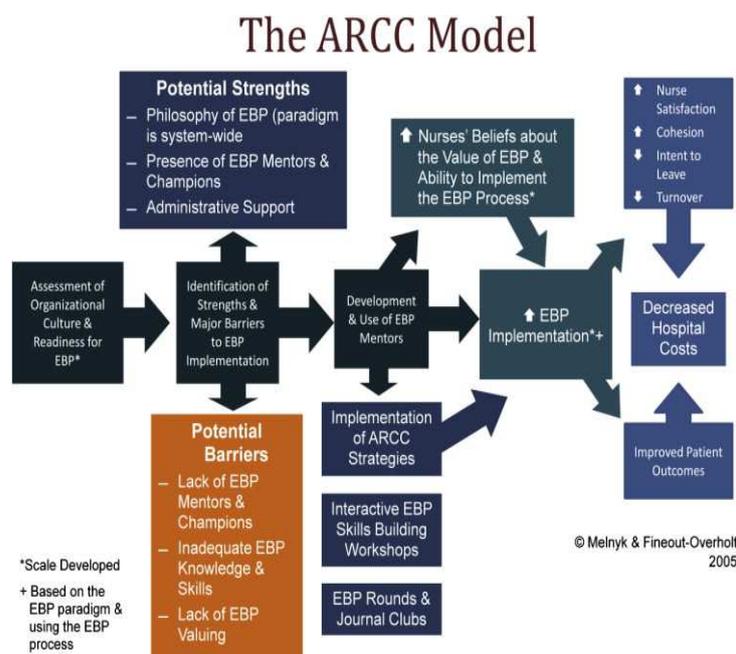


Figure 3. Modèle ARCC développé par Melnyk et Fineout (*Melnyk & Fineout-Overholt, 2005*)

### Application du Modèle ARCC dans cette étude

La présente étude est guidée par le modèle opérationnel d'implémentation d'EBP susmentionné. Celui-ci intègre notamment deux instruments valides et fiables – l'échelle BELIEFS et l'échelle IMPLEMENTATION – qui permettent de procéder à une évaluation descriptive des potentiels obstacles à EBP. Il s'agit d'une des étapes du modèle. Cette étape est suivie du déploiement de stratégies par l'infirmière mentor pour pallier aux obstacles de la pratique fondée sur des preuves.

Le modèle ARCC s'appuie sur l'hypothèse d'une association entre croyances positives envers EBP et une meilleure implémentation dans la pratique, comme documenté par plusieurs études (Brown et al., 2008;

Estabrooks et al., 2003; Mazurek Melnyk et al., 2008; Melnyk et al., 2004; Wallen et al., 2010b).

De ce fait, cette étude descriptive corrélationnelle et transversale pourrait être utile dans la planification de stratégies qui visent à implémenter l'EBP en adéquation avec le contexte spécifique de la Suisse. Aussi, les données récoltées pourraient servir de valeurs de référence (*baseline*) afin d'évaluer l'impact de ces interventions a posteriori. Finalement, la présente étude pourrait permettre d'identifier d'autres mesures d'associations en faveur de l'implémentation d'EBP auprès des infirmières.

### **Le modèle ARCC testé dans une étude randomisée contrôlée**

Face au peu d'études qui testent l'efficacité de modèles en faveur de l'implémentation d'EBP dans la pratique, Levin et al. (2011) ont mené une étude pilote randomisée contrôlée auprès de 46 infirmières de soins de longue durée à domicile de New York. L'étude a tenté de déterminer les effets préliminaires du modèle systémique d'implémentation et de durabilité de l'EBP dans la pratique, sur plusieurs variables. La phase d'intervention de 12 semaines comprend la formation au mentorat et aux concepts de base de l'EBP (n = 22) en comparaison avec un groupe de contrôle (n = 24) qui ne reçoit aucune intervention. Les auteurs ont procédé à des mesures en quatre temporalité : T1 étant la *baseline* en pré-intervention, quatre semaines plus tard T2 correspondant au début de formation, T3 correspondant à la fin des 12 semaines de formation et T4 neuf mois après T3.

Comme mesuré neuf mois après la fin du programme de formation, les résultats indiquent que les participants du groupe expérimental décrivent de meilleures attitudes ( $M = 64$  vs.  $M = 46$  sur 80 points) et de meilleures compétences à l'implémentation de l'EBP ( $M = 31,6$  vs.  $M = 6,2$  sur 72). Des analyses de variance démontrent des interactions statistiquement significatives entre le groupe expérimental et la durée de l'intervention, en regard des croyances ( $p = 0,001$ ) et de l'implémentation de EBP ( $p = 0,39$ ).

Aucune mesure d'association significative n'a permis de conclure que l'implémentation du modèle ARCC ait un effet positif sur la cohésion de groupe (Group Cohesion Scale), sur la satisfaction au travail (Index of Work Satisfaction) ou sur la productivité des infirmières (calculé par la base de données du Visiting Nurse Service of New York). En comparaison avec l'année précédant l'étude, le taux de rotation du personnel infirmier diminue auprès des participants ayant intégré le programme de formation (de 11% à 5,7%), alors qu'il reste stable auprès du groupe contrôle (environ 35%). Les auteurs soulignent que les résultats de cette étude ne sont pas généralisables, en regard de la petite taille d'échantillon.

### **Une théorie à spectre modéré**

Le modèle ARCC peut être envisagé comme une théorie à spectre modéré, dénomination pouvant être attribuée aux théories portant sur des façons de comprendre et de produire des changements et caractérisée par « une construction théorique sérieuse et de la vérification par la recherche » (Dallaire, 2008, p. 250). Le degré d'abstraction moins élevé que la théorie à

large spectre rend le modèle ARCC opérationnel – grâce aux échelles OCRSIEP, BELIEFS et IMPLEMENTATION – sans être strictement limité à une population ou un domaine particulier – comme dans le cas des théories propres aux situations de soins. ARCC mobilise divers concepts : le leadership et mentorat, le changement, le *caring* par l'amélioration des résultats patient et enfin l'EBP.

Le modèle ARCC est un modèle conceptuel infirmier. Les indicateurs empiriques utilisés dans le cadre de cette étude – les échelles BELIEFS et IMPLEMENTATION – ont été évalués comme valides et fiables (Mazurek Melnyk et al., 2008). Il s'agit d'un modèle développé pour implémenter l'EBP auprès d'infirmières par des infirmières et permet toutefois une collaboration interdisciplinaire. Le mentorat comme rôle clé du modèle peut être assuré par des IPA.

## **Méthode**

Ce chapitre consacré à la méthode présente le devis de recherche, la population cible et l'échantillonnage. La méthode de récolte de données ainsi que les instruments de mesure sont détaillés. Le chapitre inclut le plan d'analyse statistique. Les considérations éthiques clôturent le chapitre.

### **Devis de recherche**

Cette étude est de nature quantitative, descriptive et transversale. Elle inclut une étape exploratoire corrélationnelle. Elle vise à explorer les attitudes et les compétences à l'implémentation d'EBP, auprès d'infirmières exerçant en centre hospitalier universitaire (CHU) suisse.

### **Population cible**

Les critères d'inclusion comprennent toutes les infirmières diplômées exerçant leur activité dans quatre unités identiques d'un CHU suisse, y compris les infirmières spécialisées et les ICUS. La population éligible est totalisée à 103 infirmières.

Les critères d'exclusion à l'étude ont été les suivants :

- les infirmières intérimaires,
- les infirmières du *pool*<sup>10</sup>,
- les infirmières cheffes de service (ICS).

Le critère d'exclusion appliqué aux échelles BELIEFS et IMPLEMENTATION a été le suivant :

---

<sup>10</sup> C'est-à-dire, les infirmières qui font partie de l'équipe de suppléance.

- les infirmières depuis moins de trois mois dans le service,

### **Echantillonnage**

La méthode d'échantillonnage choisie pour cette étude est non probabiliste et volontaire. L'échantillon est composé d'infirmières exerçant dans des services de médecine (sous-population) et participant à l'étude sur un mode volontaire, puisque le questionnaire est auto-administré. Afin de pouvoir observer des corrélations, une taille d'échantillon de 30 participants est souhaitée. Ayant estimé un taux de réponse à 50%, la taille d'échantillon correspondait à 52 participants.

### **Récolte de données**

La récolte de données a débuté après avoir reçu l'accord de la Commission d'évaluation des demandes d'enquêtes (CEDE) du CHU en question, en date du 19 juillet 2012. Un addendum au protocole éthique a été soumis en date du 18 décembre 2012 et a posteriori de la collecte de données, pour inclure la variable du pays d'obtention du diplôme à l'analyse des données sociodémographiques. Cette modification a été acceptée par la CEDE.

La période de collecte des données a été effectuée entre le 24 septembre et le 4 novembre 2012, en accord avec l'Infirmière cheffe du service (ICS). Une urne fermée sous serrure était disponible dans chaque unité de soins permettant la récolte des questionnaires papier transmis dans une enveloppe fermée. Les données ont été traitées de façon anonyme. La

procédure de collecte des données incluait un premier rappel au bout de 15 jours puis un deuxième rappel au bout d'un mois, qui devait être assuré par l'ICS. Cette dernière ayant été mutée de poste peu avant le début de la collecte, l'étudiante ayant effectué cette étude a assuré les relances de questionnaires à 15 jours et un mois, identiquement auprès des quatre unités de soins. Cette démarche a inclus le rappel des coordonnées de l'étudiante chercheur, afin que les participants puissent poser d'éventuelles questions relatives à l'étude. Aucune question n'a été transmise.

Deux autres études intégrant le même questionnaire et le même protocole de recherche se sont déroulées en parallèle, dans d'autres hôpitaux suisses.

## **Instruments de mesure**

### **Présentation des échelles**

Le modèle infirmier ARCC développé par Melnyk et Fineout-Overholt (2011) a été choisi comme assise à cette étude. Le modèle intègre deux instruments, l'échelle BELIEFS et l'échelle IMPLEMENTATION, permettant de mesurer les croyances et les pratiques. Ces instruments ont été sélectionnés en regard des propriétés psychométriques qui leur sont attribuées (Mazurek Melnyk et al., 2008).

L'échelle BELIEFS a 16 énoncés classés selon une échelle additive de type Likert en 5 points (1 = « pas du tout d'accord » à 5 = « tout à fait d'accord »). La somme des points est de minimum 16 points à maximum 80

points. L'échelle IMPLEMENTATION comporte 18 énoncés classés selon une échelle de fréquence des actions effectuées durant les huit dernières semaines (0 = « aucune action effectuée au cours des huit dernières semaines » à 4 = « action effectuée 8 fois ou plus »). Toutefois, la version française ne comporte pas 18 énoncés mais 17. L'adaptation culturelle a engendré la suppression d'un énoncé libellé ainsi « J'ai accédé aux directives nationales du Clearinghouse » a été supprimé, il a été jugé non pertinent pour le contexte local. Le « Clearinghouse » dont il est question est américain. Il s'agit d'une base de données publique incluant des recommandations fondées sur des preuves, tenue par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). La suppression de cet énoncé implique que le total des points maximum est de 68 points et non de 72.

De ce fait, la somme total des points est de minimum 0 point à maximum 68 points. Les instruments sont inclus en annexe (*Appendice A*).

### **Traduction des échelles en français**

La traduction en français des instruments BELIEFS et IMPLEMENTATION a été réalisée après autorisation des auteurs. Les deux questionnaires ont nécessité une traduction et une adaptation culturelle. La traduction a été effectuée selon une méthode simplifiée en cinq étapes (Wild et al., 2005) :

1. Traduction anglais – français ;
2. Traduction inversée français – anglais ;

3. Test de concordance et ajustements ;
4. Adaptation culturelle des questionnaires par un comité de pairs (4-6 infirmières) ;
5. Pré-test auprès de 5-10 infirmières assimilées à un échantillon semblable.

Le pré-test permet de vérifier la clarté des énoncés en proposant des expressions ou mots qui semblent davantage appropriés (Le May et al., 2008). Le pré-test a été soumis à 10 infirmières provenant de services apparentés.

L'étape d'adaptation culturelle a engendré plusieurs modifications, dues à des difficultés de compréhension : (1) l'appellation d'EBP a été traduite par pratique basée sur des résultats scientifiques, (2) la question PICO a été détaillée (**P**opulation, **I**ntervention, **C**ontexte/**C**omparaison, **R**ésultat /**O**utcome), (3) et le terme implémentation a été traduit par implantation, (4) une introduction a été ajoutée en première page du questionnaire afin de donner une définition du concept d'EBP (*Appendice C*). Les auteurs n'avaient pas relevé de telles difficultés de compréhension auprès des infirmières américaines. En regard des difficultés de compréhension mentionnées, il a été convenu de recenser les données démographiques de tous les participants à l'étude et d'introduire un énoncé qui atteste si le participant connaît oui ou non l'EBP. Cette question discriminante était formulée comme suit :

Avez-vous déjà entendu parler de la pratique fondée sur des preuves ?

<sub>1</sub> non Pour vous, le questionnaire s'arrête ici. Merci d'avoir répondu aux questions ci-dessus.

<sub>2</sub> oui Veuillez répondre aux questions ci-dessous et des pages suivantes. D'avance, merci.

En ce sens, cette étude n'a pas exactement reproduit l'étude des auteurs.

Les modifications effectuées ont été validées par les 10 infirmières ayant participé au pré-test. Cette étape a indiqué que 20 minutes sont nécessaires pour remplir l'entier du questionnaire. Ces questionnaires n'ont pas été intégrés aux résultats de l'étude.

### **Cohérence interne des instruments en anglais**

Ces instruments ont rapporté de bonnes propriétés psychométriques, dans leur version originale en anglais. Celles-ci ont été testées auprès d'un échantillon de 394 infirmières américaines dans le cadre d'une étude initiale descriptive exploratoire (Mazurek Melnyk et al., 2008).

La cohérence interne est appréciée par deux coefficients : l'alpha de Cronbach et la corrélation inter-énoncés. L'alpha de Cronbach reporté par les auteurs ( $\alpha = 0,90$  sur 1 pour l'échelle BELIEFS et  $\alpha = 0,96$  sur 1 pour l'échelle IMPLEMENTATION)<sup>11</sup> indique une bonne fiabilité des énoncés des questionnaires, de sorte que chaque énoncé mesure bien un seul concept. La corrélation inter-énoncés, mesurée par le coefficient de Spearman-Brown ( $r = 0,87$  sur 1 pour l'échelle BELIEFS et  $r = 0,95$  sur 1 pour l'échelle

---

<sup>11</sup> Un coefficient de corrélation très faible soit  $r < 0.2$ , indique que l'énoncé doit être éliminé ou écrit différemment (Fortin, 2010).

IMPLEMENTATION)<sup>7</sup> définit le degré de corrélation entre l'énoncé et le score global de l'échelle. Les auteurs rapportent que les échelles sont homogènes et mesurent effectivement les variables souhaitées.

### **Cohérence interne des instruments en français**

La cohérence interne des échelles traduites en français a été calculée sur la base de questionnaires récoltés au cours de trois études (n = 63) qui se sont déroulées en parallèle et selon le même protocole de recherche (Borrero, 2013; Vincent Suter, 2013). La cohérence interne a été mesurée par l'alpha de Cronbach est donc appréciée a posteriori de l'étude. Elle se situe à  $\alpha = 0,80$  pour l'échelle BELIEFS et  $\alpha = 0,93$  pour l'échelle IMPLEMENTATION. Ces résultats indiquent une bonne consistance interne. Ils sont toutefois inférieurs à ceux trouvés par les auteurs (Mazurek Melnyk et al., 2008).

### **Variables sociodémographiques**

Le questionnaire auto-administré comporte les variables sociodémographiques communément étudiées dans la littérature (*Appendice B*). Ces variables sont le sexe, l'âge, le taux d'activité en emploi, le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière, le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière dans l'unité de soins actuelle, le plus haut niveau de formation obtenu, le poste occupé, l'exposition préalable à l'EBP.

---

Le pays d'obtention du diplôme infirmier est une variable ajoutée, après demande par les infirmiers cadres de l'hôpital.

L'exposition préalable à l'EBP a été déclinée de sorte que les participants n'ayant jamais entendu parler de l'EBP remplissent la première partie du questionnaire, soit les données sociodémographiques. Les participants qui attestent avoir entendu parler de la pratique fondée sur des preuves sont invités à en indiquer les circonstances (plusieurs réponses possibles) : (1) dans la formation de base ; dans le cadre de la formation de spécialisation ; (3) dans le cadre de la formation continue ; (4) par intérêt personnel (congrès, journaux, colloques, etc.) et poursuivre le questionnaire.

En regard du développement rapide de la formation en Suisse et des appellations qui parfois diffèrent d'un pays à l'autre, recenser les niveaux de formation de ces infirmières s'est avéré compliqué. Il en est de même pour définir le poste occupé. Afin d'harmoniser la collecte de données, la classification retenue du « plus haut niveau de formation » a été la suivante : (1) formation de base – incluant communément la formation niveau II, HES, Bachelor ; (2) formation post diplôme – incluant les formations de type CAS, DAS, comme Praticien Formateur (PF) et formation de clinicienne sans titre Master ; (3) formation post-grade universitaire – incluant les formations de degré Master et Doctorat ; (4) formation de cadre de gestion – incluant les différentes formations managériales et celles attribuant le titre de chef d'unité. En rappel, les Infirmiers Chefs de Service (ICS), soit deux personnes relativement aux quatre unités approchées lors de cette enquête, n'ont pas

été conviés à participer en fonction du critère de confidentialité et des objectifs fixés. La classification du titre du poste occupé a offert cinq choix de réponses, soit : (1) infirmière , (2) infirmière spécialisée, (3) cadre gestion, (4) cadre clinique, (5) autres.

### **Plan d'analyse statistique**

Le plan d'analyse statistique comporte une partie d'analyse descriptive et une partie d'analyse corrélationnelle. Les données récoltées ont été traitées avec le logiciel STATA\_V12.0<sup>®</sup>.

#### **Analyse descriptive**

Pour les variables continues (taux d'activité, années d'expérience professionnelle, années de pratique dans le service, scores des énoncés et des échelles) les mesures de tendance centrale, de dispersion et de forme ont été calculées. La moyenne et écart-type étaient calculés lorsque la distribution répondait à une loi de distribution normale. Dans le cas contraire, la médiane, l'intervalle interquartile, le minimum et maximum étaient calculés. Le codage des variables figure en annexe (*Appendice D*).

Pour les variables discrètes (âge, genre, poste occupé, niveau de formation, pays d'obtention du diplôme et exposition préalable à l'EBP), les résultats étaient exprimés en fréquence et pourcentage.

#### **Analyse corrélationnelle**

L'analyse corrélationnelle a été réalisée en quatre étapes :

(1) entre les variables sociodémographiques et la variable d'exposition préalable à l'EBP (variable dichotomisée : oui/non), dans le but de mettre en évidence des corrélations entre les caractéristiques des infirmières et leur connaissance de l'EBP. Les tests non paramétriques de Mann-Whitney (variables continues), test exact de Fisher (variables catégoriques) et test du trend Cochran-Armitage (variable ordinale) ont été calculés.

(2) entre les variables sociodémographiques et la moyenne de l'échelle BELIEFS, dans le but de mettre en évidence des corrélations entre les caractéristiques des infirmières et leurs attitudes envers l'EBP. Les tests non-paramétriques de Mann-Whitney et Kruskal Wallis ont été calculés, ainsi que le coefficient de corrélation Rho de Spearman.

(3) entre les variables sociodémographiques et la moyenne de l'échelle IMPLEMENTATION pour des corrélations avec les compétences à implémenter l'EBP. Les tests non-paramétriques de Mann-Whitney et Kruskal Wallis ont été calculés, ainsi que le coefficient de corrélation Rho de Spearman.

(4) entre l'échelle BELIEFS et l'échelle IMPLEMENTATION pour analyser l'association entre les attitudes des infirmières envers l'EBP et l'implémentation du concept dans la pratique. Le coefficient de corrélation Rho de Spearman a été calculé.

Le seuil de significativité des tests était fixé à  $p = 0,05$ .

Le traitement des données manquantes n'a pas été précisé par les auteurs des échelles. Dans cette étude, les données manquantes des échelles représentent moins de 1% des réponses, de ce fait elles n'ont pas été remplacées. Les participants qui n'ont pas rempli l'une des deux échelles étaient inclus dans l'analyse. Les participants n'ayant pas rempli les données sociodémographiques étaient inclus dans l'analyse des échelles mais exclus de l'analyse des données sociodémographiques. Un diagramme de recrutement des participants est présenté dans le chapitre des résultats.

### **Considérations éthiques et réglementaires**

Les dispositions éthiques prises dans le cadre de cette étude relatives au respect de l'autonomie et de la liberté des sujets, au droit à l'information, à la destinée des données et à leur traitement (avant et après l'étude), sont conformes à l'Arrêté Constitutionnel du 30 septembre 2011 concernant la recherche sur l'être humain (Office fédéral de la santé publique OFSP, 2011). Tel qu'énoncé précédemment, la CEDE du CHU en question a autorisé le protocole de recherche (Protocole n° 2012-20).

Une information écrite sur la portée de l'étude était annexée en première page du questionnaire (*Appendice C*). Par le retour des questionnaires, les participants ont attesté de leur consentement. Chaque participant a été informé de l'anonymat des données et de son droit de ne pas prendre part à l'enquête. Tous les questionnaires collectés ont été rendus anonymes par numérotation et stockés sous scellés jusqu'à leur

destruction. Aucun risque pour les participants à l'étude n'a été identifié et aucun financement n'a été dévolu.

## Résultats

Ce chapitre présente les résultats des analyses descriptives et corrélationnelles obtenus. Les résultats exposés permettent de répondre aux questions de recherche posées dans la problématique.

### **Echantillon**

La population cible de cette étude a concerné des infirmières exerçant leur activité dans quatre services identiques d'un CHU suisse. La population éligible avait été totalisée à 103 infirmières. Le taux de réponse estimé était de 50%, de sorte que la taille d'échantillon corresponde à 52 participants. Au cours de cette étude le taux de réponse a atteint 52,4%. L'échantillon analysé compte 54 participants.

En revanche, comme le diagramme de recrutement l'indique, plus de la moitié des participants ont affirmé ne pas connaître l'EBP (n = 31). Vingt-deux participants ayant déclaré connaître l'EBP ont pu poursuivre et remplir les échelles BELIEFS et IMPLEMENTATION. Un autre participant a indiqué avoir un jour d'expérience professionnelle, le critère d'exclusion « expérience professionnelle supérieure à 3 mois » était donc appliqué pour la partie d'analyse des échelles.

Le diagramme de recrutement qui suit illustre le déroulement de l'étude.

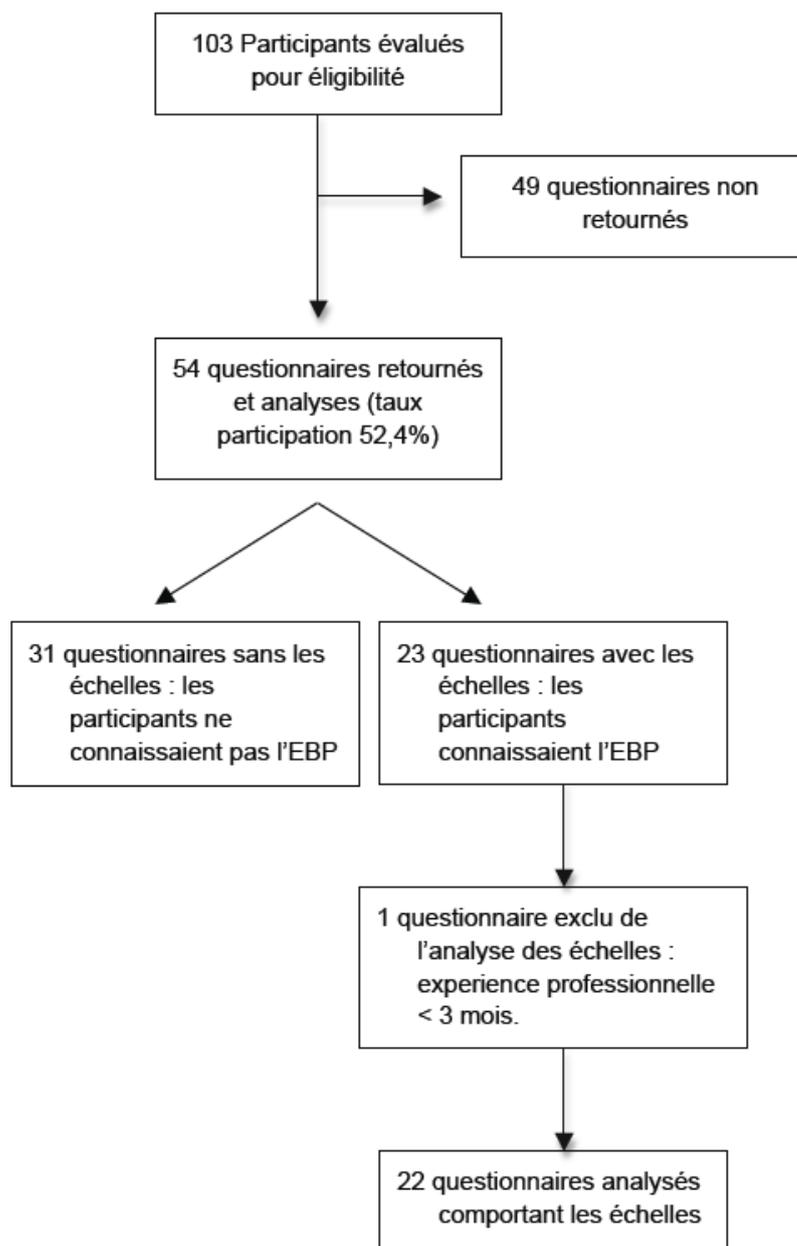


Figure 4. Diagramme de recrutement

### **Caractéristiques de l'échantillon global**

Le Tableau 1 rapporte les caractéristiques sociodémographiques de l'ensemble des participants (n = 54). Il permet de comparer le profil des infirmières qui connaissent (n = 23) et ne connaissent pas l'EBP (n = 31).

Les distributions des caractéristiques sociodémographiques étudiées ne répondaient pas à la loi de normalité d'une courbe Gaussienne, pour laquelle le coefficient de symétrie (skewness) est proche de zéro et le coefficient d'aplatissement (kurtosis) est proche ou égal à trois.

Tableau 1  
Variables sociodémographiques en fonction de la connaissance de l'EBP

Variables	Ensemble	Ne connaissant pas l'EBP	Connaissant l'EBP	Connaissance préalable de l'EBP	
	n (%)	n (%)	n (%)	Valeur du coefficient	p
Genre					0,168 <sup>a</sup>
Hommes	11 (20,8)	4 (12,9)	7 (31,8)		
Femmes	42 (79,3)	27 (87,1)	15 (68,2)		
Classe d'âge (en années)				-1,02	0,307 <sup>b</sup>
20-30 ans	26 (49,1)	16 (51,6)	10 (45,5)		
31-40 ans	20 (37,7)	8 (25,8)	12 (54,6)		
41-50 ans	5 (9,4)	5 (16,1)	0		
Plus de 50 ans	2 (3,8)	2 (6,5)	0		
Pays obtention diplôme					0,107 <sup>a</sup>
Suisse	28 (52,8)	12 (38,7)	16 (72,7)		
France	13 (24,5)	10 (32,3)	3 (13,6)		
Portugal	2 (3,8)	2 (6,5)	0		
Canada	8 (15,1)	5 (16,1)	3 (13,6)		
Autres (Belgique et Turquie)	2 (3,8)	2 (6,5)	0		
Niveau de formation					0,11 <sup>a</sup>
Formation de base	44 (81,5)	28 (90,3)	16 (69,6)		
Formation post diplôme	4 (7,4)	1 (3,2)	3 (13)		
Formation post-grade universitaire	2 (3,7)	0	2 (8,7)		
Formation cadre gestion					
Autres (certificats universitaires non définis)	3 (5,6)	2 (6,5)	1 (4,4)		
	1 (1,9)	0	1 (4,4)		
Circonstances d'exposition à EBP					
Formation de base			17(60,7)		
Formation de spécialisation			1 (3,6)		
Formation continue			4 (14,3)		
Par intérêt personnel			6 (21,4)		

\* Plusieurs réponses possibles    <sup>a</sup> Test exact de Fisher    <sup>b</sup> Test du trend de Cochran-Armitage    <sup>c</sup> Test de Wilcoxon Mann Whitney

Tableau 2  
Variables de l'activité professionnelle en fonction de la connaissance de l'EBP

Variables	Ensemble		Ne connaissant pas l'EBP		Connaissant l'EBP		Connaissance préalable de l'EBP	
	Mdn (IQR)	Min- max	Mdn (IQR)	Min- max	Mdn (IQR)	Min- max	Valeur du coefficient	p
Taux d'activité (en %)	100 (10)	50-100	100 (10)	60-100	100 (30)	50-100	1,004	0,3156 <sup>c</sup>
Expérience professionnelle (en années)	5 (8)	0-34	8 (10)	0,5-34	3,25 (6)	0-18	<b>2,239</b>	<b>0,0252<sup>c</sup></b>
Pratique dans le service (en années)	3(4)	0-30	3 (3.5)	0,5-30	2,5 (6)	0-12	0,30	0,7645 <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Test exact de Fisher    <sup>b</sup> Test du trend de Cochran-Armitage    <sup>c</sup> Test de Wilcoxon Mann Whitney

En ce qui concerne l'échantillon global, il comporte 54 participants dont une majorité de femmes (79,3%). Presque la moitié de l'échantillon (49,1%) a entre 20 et 30 ans. L'expérience professionnelle des participants s'étend de 1 jour à 34 années avec une médiane à 5 ans. La pratique dans le service s'étend de 1 jour à 30 années, la médiane est de 3 ans. Cela évoque que l'échantillon de cette enquête est essentiellement composé d'infirmières en début de carrière. Les participants à cette étude occupent presque tous un poste de première ligne auprès des patients (87%).

### **Connaissance de l'EBP**

Parmi les 54 participants interrogés au départ, plus de la moitié n'avaient pas connaissance du concept EBP (n = 31). Vingt-deux personnes ont pu poursuivre le questionnaire.

Pour ces 22 personnes, près de 70% des participants ont le diplôme de base en soins infirmiers, obtenu en Suisse (72,7%). La totalité ont 40 ans ou moins. Egalement, la formation de base est la circonstance la plus fréquemment citée comme étant à l'origine de la connaissance du concept EBP (60,7%), suivie de l'intérêt personnel (21,4%), de la formation continue (14,3%) et de la formation de spécialisation (3,6%).

### **Différences entre les groupes selon la connaissance d'EBP**

Afin d'établir s'il y avait une différence entre les personnes qui déclaraient ne pas avoir de connaissance du concept EBP (n = 31) et les 23 personnes qui déclaraient connaître l'EBP, des tests de différence ont été

faits entre les groupes sur chacune des caractéristiques sociodémographiques.

Les mesures d'associations réalisées démontrent qu'il existe une différence statistiquement significative du nombre d'années d'expérience professionnelle ( $z = 2,239$ ,  $p = 0,0252$ ) entre les participants qui connaissent l'EBP ( $n = 23$ ) et ceux qui ne connaissent pas le concept ( $n = 31$ ). Aucune autre mesure d'association statistiquement significative n'a pu être démontrée envers la connaissance préalable d'EBP.

### **Les infirmières familiarisées avec l'EBP**

L'analyse des réponses concernant l'échelle des croyances envers EBP et l'échelle d'implémentation dans la pratique a été effectuée sur un total de 22 questionnaires. Les résultats globaux obtenus pour l'échelle des croyances indiquent une médiane de 54 points sur 80 points ( $IQR = 10$ ).

La médiane obtenue pour l'échelle d'implémentation dans la pratique est de 8 points sur 68 points ( $IQR = 10$ ). Il faut rappeler que la version française de l'instrument IMPLEMENTATION comporte un total de 68 points et non pas 72, en regard de la suppression d'un énoncé de l'instrument en anglais (Mazurek Melnyk et al., 2008).

Les figures 5 et 6 mettent en évidence les réponses des énoncés aux échelles BELIEFS et IMPLEMENTATION selon un ordre décroissant.

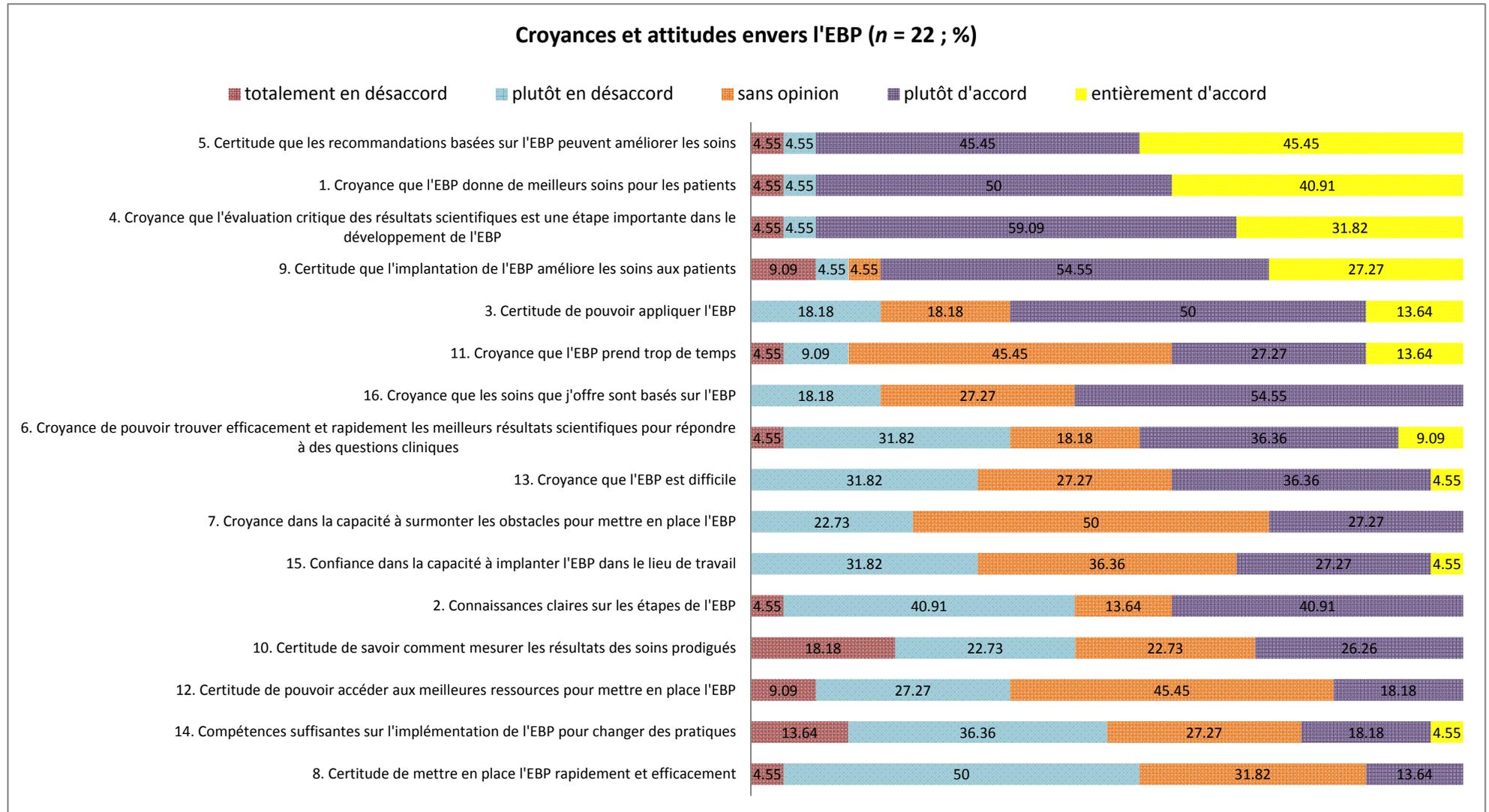


Figure 5. Distributions des réponses (en %) aux croyances et attitudes des infirmières envers EBP

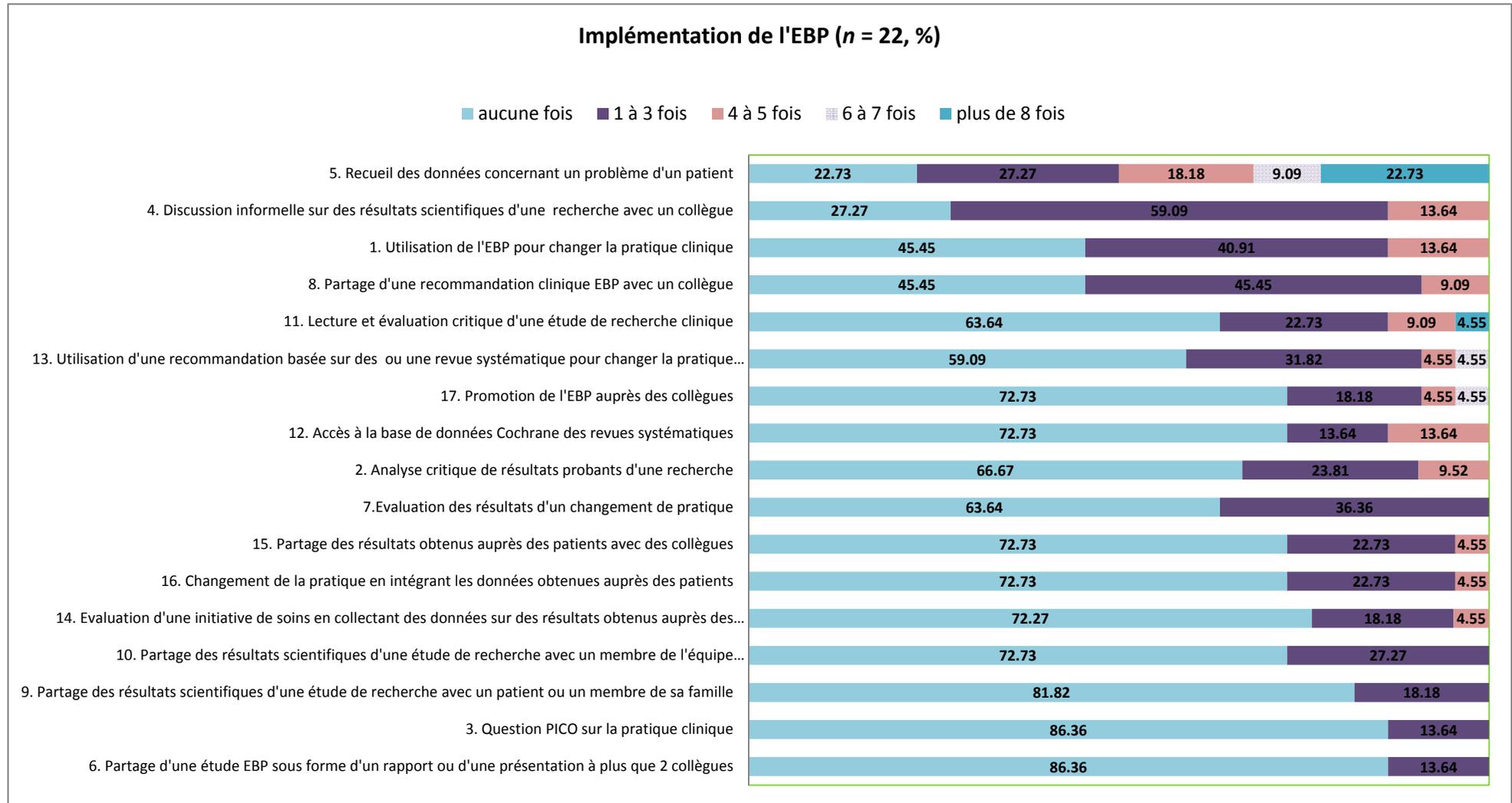


Figure 6. Distributions des réponses (en %) aux actions visant à implémenter EBP, au cours des huit dernières semaines

## **Analyse des réponses obtenues aux énoncés des échelles**

### **Croyances et attitudes**

Sur la base de la figure 5, une analyse des réponses aux énoncés indique que plus de 90% des infirmières (n = 20) détiennent des attitudes favorables envers l'EBP ce qui concerne l'amélioration des soins aux patients, que 41% des participants (n = 9) ont estimé que l'EBP prenait trop de temps et que la démarche EBP était difficile (n = 9).

Concernant leur capacité à surmonter les obstacles à l'EBP, 50% des participants (n = 11) ont répondu être sans opinion sur la question.

La figure 5 démontre que plus la moyenne des réponses aux énoncés diminue, indiquant des attitudes davantage négatives, plus le taux de réponse sans opinion est élevé.

### **Compétences et connaissances**

Les résultats de cette étude indiquent que près de 41% des infirmières (n = 9) connaissent les étapes d'EBP.

Sur la base des figures 5 et 6, une analyse des réponses aux énoncés indique qu'au cours des deux derniers mois, 13,6% des infirmières (n = 3) avaient formulé une question autour d'un problème clinique. Près de 45% des infirmières (n = 10) s'estiment compétentes à trouver les meilleurs résultats scientifiques, mais une majorité de participants (n = 16) n'a jamais accédé à la base de données Cochrane des revues systématiques au cours

des huit semaines précédant l'étude. Considérant l'échelle des pratiques, le recueil de données auprès d'un patient est la source d'informations la plus fréquente relevée par le groupe interrogé (n = 17).

L'évaluation critique des preuves a été reconnue comme une étape importante par 91% des infirmières interrogées (n = 20). Près d'un tiers des participants à l'étude avait lu, évalué et critiqué une étude de recherche clinique (n = 8) et des résultats probants (n = 7) . Soixante pourcent des participants (n = 14) n'avaient pas eu recours à cette étape au cours des deux derniers mois.

Les résultats indiquent que 63% des infirmières interrogées (n = 14) ont la certitude de pouvoir appliquer l'EBP mais seuls 13,6% (n = 3) pensent être capables d'implémenter l'EBP de manière rapide et efficace. Plus de la moitié des participants (n = 12) estiment que leur pratique clinique soit basée sur l'EBP. Cependant la fréquence des actions entreprises indique que la moitié des participants avaient engendré des changements dans la pratique clinique, avec une fréquence de 1 à 5 fois au cours des huit dernières semaines. Près de 40% des participants (n = 9) a relevé avoir utilisé une recommandation ou une revue systématique pour changer la pratique clinique (1 à 7 fois) et 30% (n = 6) en intégrant les données obtenues auprès des patients (1 à 5 fois). Les résultats révèlent que près d'un quart des participants (n = 8) avait évalué les résultats d'un changement de pratique et que moins d'un quart (n = 5) avaient évalué une initiative de soins en collectant des données auprès des patients.

Le partage informel d'informations avec des collègues sur des résultats scientifiques, sur des résultats obtenus auprès de patients et sur des recommandations primaires sur les autres énoncés. La diffusion officielle de résultats scientifiques auprès des membres de l'équipe multidisciplinaire ( $n = 6$ ) et auprès d'un patient et sa famille ( $n = 4$ ) représente les activités de diffusion d'informations scientifiques les moins représentées auprès du groupe interrogé.

### **Corrélations entre caractéristiques sociodémographiques et croyances et attitudes envers l'EBP**

Les résultats indiquent qu'il existe des associations statistiquement significatives entre le niveau de croyances et attitudes envers l'EBP et le taux d'activité ( $Rho = 0,51, p = 0,0179$ ), le nombre d'années d'expérience professionnelle ( $Rho = -0,46, p = 0,0350$ ) et le nombre d'années de pratique dans le service ( $Rho = -0,46, p = 0,0375$ ).

Les mesures d'associations effectuées démontrent qu'il existe une forte relation ( $Rho = 0,51$ ) entre le taux d'activité et les attitudes des infirmières envers EBP, de sorte que plus le taux d'activité est élevé, plus les attitudes envers l'EBP sont positives. En revanche, des mesures d'associations négatives, de modérées à fortes, ( $Rho = -0,46$ ) indiquent que lorsque le nombre d'années d'expérience professionnelle et de pratique dans le service sont élevés, les attitudes envers l'EBP tendent à être plus négatives.

Concernant les autres caractéristiques étudiées, cette étude ne permet pas de démontrer de relations statistiquement significatives entre les croyances et attitudes des infirmières et le genre ( $p = 0,1088$ ), l'âge ( $p = 0,1658$ ), le pays d'obtention du diplôme ( $p = 0,3581$ ), le niveau de formation ( $p = 0,0949$ ) ou le poste occupé ( $p = 0,0751$ ).

### **Corrélations entre caractéristiques sociodémographiques et implémentation d'EBP dans la pratique**

Cette étude ne permet pas de démontrer de relations statistiquement significatives entre l'implémentation de l'EBP dans la pratique par les infirmières et le genre ( $p = 0,9688$ ), l'âge ( $p = 0,4996$ ), le pays d'obtention du diplôme ( $p = 0,9506$ ), le niveau de formation ( $p = 0,4924$ ), le poste occupé ( $p = 0,4585$ ), le taux d'activité ( $p = 0,3352$ ), l'expérience professionnelle ( $p = 0,7081$ ) ou le nombre d'années de pratique dans le service ( $p = 0,9506$ ).

### **Corrélations entre attitudes et implémentation d'EBP dans la pratique**

Tel que le font les auteurs de l'échelle originale, une mesure de corrélation a été effectuée entre les deux échelles. Cette mesure s'est avérée être non significative ( $Rho = 0,27$ ,  $p = 0,2326$ ). Ainsi, les résultats ne permettent pas de soutenir que de meilleures croyances envers l'EBP sont associées à une meilleure implémentation dans la pratique.

## **Discussion**

Ce chapitre présente une discussion des résultats. Ils seront discutés à la lueur des connaissances provenant de la recension de littérature. Puis, les forces et limites du modèle ARCC seront présentées. Finalement, les limites des résultats seront exposées en tenant compte de leur validité interne et externe.

### **Discussion des résultats face aux connaissances**

Sur l'échantillon de 54 infirmières participant à cette étude, 57,4% d'entre elles avait affirmé ne pas connaître l'EBP. Ces résultats corroborent ceux décrits dans la littérature recensée (Breimaier et al., 2011; Pravikoff et al., 2005). Concernant les infirmières qui ont affirmé connaître l'EBP, le taux de réponse sans opinion est élevé (moyenne globale de 23%), de ce fait la compréhension des énoncés de la part des participants pourrait être questionnée. Les études ayant utilisé les mêmes instruments ne présentent pas le taux de réponses des personnes « sans opinion » (R. Levin et al., 2011; Mazurek Melnyk et al., 2008). Le manque de connaissances de la terminologie relative à l'EBP ou les interprétations erronées avaient été mis en évidence dans d'autres études (Cullen & Adams, 2010; Gagnon et al., 2009; Knops et al., 2009; Koehn & Lehman, 2008; Winters et al., 2007). Il est possible qu'un manque de connaissances et de compréhension du concept d'EBP entrave l'intérêt des infirmières envers l'EBP en général. Le manque de connaissances sur le concept EBP lui-même pourrait donc correspondre à la première barrière à l'EBP dans les soins infirmiers.

## **Caractéristiques sociodémographiques associées à la connaissance de l'EBP**

Au cours de la présente étude, la comparaison des participants étant familiarisés avec l'EBP de ceux qui ne connaissaient pas le concept indique une différence statistiquement significative du nombre d'années d'expérience professionnelle ( $p = 0,0252$ ), de sorte que les participants ayant moins d'années d'expérience professionnelle étaient plus familiarisés au concept d'EBP que leurs aînés. Les infirmières familiarisées avec l'EBP avaient majoritairement 40 ans ou moins et avaient pour la plupart attribué leurs connaissances de l'EBP à la formation de base (60,7%). Le Tableau 1 indique que les infirmières occupant un poste de gestionnaire sont moins familiarisées à l'EBP que leurs collègues occupant un poste de cadre clinique ou d'infirmière spécialisée. Sur la base de ces comparaisons, la conclusion suivante peut être émise : les infirmières qui connaissent l'EBP sont celles qui ont bénéficié de formation intégrant des savoirs scientifiques et les principes de la recherche. Cette conclusion est appuyée par la recension de littérature qui met en évidence que la formation intégrant les savoirs scientifiques est associée à de meilleures connaissances, attitudes et implémentation de l'EBP (Breimaier et al., 2011; Brown et al., 2008; Koehn & Lehman, 2008; R. Levin et al., 2011; Mazurek Melnyk et al., 2008). Une étude de plus grande envergure auprès d'infirmières exerçant en centre hospitalier tertiaire suisse pourrait permettre d'étayer ce résultat.

### **Circonstances d'exposition à l'EBP**

Comme indiqué, les infirmières qui connaissent l'EBP attribuent majoritairement leurs connaissances de l'EBP à la formation de base (60,7%), puis à l'intérêt personnel (21,4%), à la formation continue (14,3%) et à la formation de spécialisation (3,6%). Ces résultats traduisent que c'est essentiellement au cours de la formation de base que les infirmières développent des compétences et connaissances envers les étapes de l'EBP et dès lors qu'elles sont en activité professionnelle, les infirmières qui vont poursuivre des formations et manifestant un intérêt personnel vont acquérir des compétences et connaissances supplémentaires. Il serait intéressant de connaître par quel biais ces infirmières acquièrent ces connaissances spécifiques et comment l'institution de soin promeut l'EBP auprès des infirmières.

Les résultats de cette étude indiquent que le manque d'intérêt n'est pas une barrière à l'EBP auprès du groupe interrogé. Contrairement au manque d'intérêt relevé au cours des études de Breimaier et al. (2011) et Pravikoff et al. (2005).

### **Croyances et attitudes des infirmières envers l'EBP**

Concernant les attitudes des infirmières, la recension de littérature a mis en évidence que les infirmières avaient des attitudes favorables envers l'EBP (Breimaier et al., 2011; Brown et al., 2008; Gagnon et al., 2009; Johansson et al., 2010; Mazurek Melnyk et al., 2008). Les résultats de cette

étude corroborent ces conclusions, plus de 90% des infirmières interrogées démontrent des attitudes favorables en ce qui concerne l'amélioration des soins aux patients. Les résultats obtenus pour l'échelle des croyances dans la présente étude indiquent une médiane de 54 points sur 80 points (*IQR* = 10). L'étude menée par les Melnyk et al. (2008) indique quant à elle une moyenne de 55,5 points sur 80 auprès des participants ayant affirmé être familiarisés avec l'EBP. Ces résultats sont donc comparables.

### **Compétences et connaissances envers l'EBP**

La littérature a révélé que les connaissances et compétences insuffisantes des infirmières envers l'EBP représentent une barrière majeure (Breimaier et al., 2011; Brown et al., 2008; Dee & Stanley, 2005; Gagnon et al., 2009; Mazurek Melnyk et al., 2008; Pravikoff et al., 2005). Selon la littérature, les infirmières accusent un manque de connaissances et de compétences pour accéder aux preuves, les synthétiser, les traduire pour la pratique clinique, et pour évaluer le résultat des interventions et à diffuser les résultats.

Au cours de cette étude, les infirmières percevaient plutôt positivement leurs compétences envers les étapes d'EBP. Près de la moitié des infirmières jugeaient connaître les étapes d'EBP, près de 45% des infirmières s'estimaient compétentes à trouver les meilleurs résultats scientifiques, 63% des infirmières interrogées avaient la certitude de pouvoir appliquer l'EBP et plus de la moitié des participants estimaient leur pratique clinique basée sur l'EBP. Cependant, la médiane obtenue pour l'échelle

d'implémentation dans la pratique est basse. Elle se situe à 8 points sur 68 points (*IQR* = 10). Il faut rappeler que la version française de l'instrument IMPLEMENTATION comporte un total de 68 points et non pas 72, en regard de la suppression d'un énoncé de l'instrument en anglais (Mazurek Melnyk et al., 2008). Les auteurs relèvent une moyenne de 18,3 sur 72 points auprès des participants connaissant l'EBP et une moyenne de 8,6 sur 72 points auprès des participants qui étaient très peu familiarisés au concept ( $p < 0,001$ ). Malgré un total de points différent, les résultats obtenus à l'implémentation d'EBP auprès des infirmières suisses tendent à être proches de la moyenne obtenue par les infirmières n'ayant que très peu connaissance d'EBP, interrogées par Melnyk et Fineout. Ces résultats indiquent que malgré la connaissance du concept, l'implémentation d'EBP est peu effective dans la pratique infirmière.

Des connaissances insuffisantes ont été relevées par la littérature en lien avec les étapes de la démarche d'EBP qui concernent la formulation d'un problème clinique et la recherche de preuves valides pour pouvoir y répondre (Brown et al., 2008; Mazurek Melnyk et al., 2008). La présente étude souligne que seuls 13,6% des infirmières avaient formulé une question PICO entre 1 à 3 fois au cours des deux derniers mois. Ces résultats sont inférieurs à ceux relevés dans l'étude menée par les auteurs (Mazurek Melnyk et al., 2008). Il est possible que cette appellation ne soit pas bien connue des infirmières interrogées. L'adaptation culturelle du questionnaire en français avait mis en lumière cette limite de sorte qu'il avait été décidé de

détailler l'abréviation de PICO afin d'en faciliter la compréhension (*Appendice A*).

Concernant l'accès aux preuves, la présente étude met en évidence que près de 45% des infirmières s'estiment compétentes à trouver efficacement et rapidement les meilleurs résultats scientifiques, que 41% avaient utilisé une recommandation ou une revue systématique au cours des huit semaines précédant l'étude et que près de 30% avait accédé à la base de données Cochrane des revues systématiques. Les auteurs des instruments avaient obtenu des résultats comparables auprès de leur échantillon de 394 infirmières américaines (Mazurek Melnyk et al., 2008). Les résultats évoquent que les infirmières pourraient manquer de compétences et connaissances pour accéder aux preuves et pour utiliser les bases de données.

En revanche, les instruments BELIEFS et IMPLEMENTATION ne permettent pas d'effectuer des comparaisons précises avec les résultats de la littérature indiquant que les infirmières pourraient être réticentes à l'information digitalisée, qu'elles préfèrent questionner leurs pairs, le moteur de recherche Google et les manuels avant d'accéder aux bases de données (Brown et al., 2008; Dee & Stanley, 2005; Gagnon et al., 2009; Pravikoff et al., 2005). D'autres facteurs comme le manque de temps et de ressources pourraient expliquer que les infirmières aient recours à des sources informelles de savoirs plutôt qu'aux bases de données. Les instruments utilisés ne permettent pas de mesurer ces paramètres. Cependant, Mazurek

Melnyk et Fineout-Overholt (2005) ont développé un troisième instrument « Organizational Culture and Readiness for System-Wide Integration of EBP» (OCRSIEP), qui permet d'évaluer le soutien de la part des institutions de soins à implémenter l'EBP. L'utilisation de cette échelle dans de futures études en Suisse pourrait donner d'autres précisions.

L'évaluation critique des preuves est l'étape qui permet de synthétiser des résultats pertinents pour le terrain de sa propre pratique clinique. La présente étude met en évidence que plus d'un tiers des participants avaient lu et critiqué une étude de recherche clinique ou des résultats probants, entre 1 à 8 fois au cours des huit dernières semaines. Encore une fois, ces résultats corroborent ceux des auteurs (Mazurek Melnyk et al., 2008) et ceux de la littérature (Breimaier et al., 2011; Brown et al., 2008; Chiu et al., 2010). La lecture et l'évaluation critique des preuves ne représentent pas la barrière la plus importante envers l'EBP auprès des infirmières interrogées, mais il est probable que ces infirmières manquent de connaissances, de temps ou de ressources pour mener cette étape. Une stratégie d'intervention portant sur le développement de compétences à la lecture critique d'articles scientifiques, devrait considérer la capacité du groupe cible à lire en anglais et à comprendre les statistiques.

Plusieurs hypothèses peuvent être soulevées. Sur la base de la littérature mentionnée plus haut, la terminologie utilisée dans les énoncés n'est bien comprise ou est mal interprétée et engendre des résultats aléatoires (Cullen & Adams, 2010; Gagnon et al., 2009; Knops et al., 2009;

Koehn & Lehman, 2008; Winters et al., 2007). Les infirmières ne connaissent pas suffisamment les étapes de l'EBP pour s'approprier le concept dans la pratique, réaliser des changements et planifier des interventions. Dans ce cas, les infirmières appliquent des savoirs morcelés du concept et ne mènent pas la démarche d'EBP en entier, ce qui explique que seuls 13,6% affirment être certains de pouvoir implémenter l'EBP rapidement et efficacement. Dans l'étude menée par les auteurs (Mazurek Melnyk et al., 2008), les participants avaient de meilleures perceptions concernant cet énoncé (48%). Il est possible que d'autres barrières s'imposent à l'implémentation de l'EBP, comme serait le manque de temps, le manque d'autonomie pour effectuer des changements ou le défaut de soutien institutionnel. Afin de planifier des stratégies d'intervention qui répondent aux besoins des infirmières suisses, les barrières et facteurs facilitant liées à l'organisation devraient être mesurées auprès de cette population. Mener une étude de devis mixte, incluant des entretiens et de l'observation pourrait fournir des réponses à ces hypothèses.

Finalement, l'évaluation des interventions entreprises et la diffusion des résultats sont les étapes d'EBP pour lesquelles les infirmières interrogées avaient évaluées le plus négativement leurs compétences. Mesurer les résultats d'interventions, partager et diffuser de résultats scientifiques sont plus rarement entrepris que dans l'étude des auteurs (Mazurek Melnyk et al., 2008). Il est possible que les infirmières perçoivent négativement leurs compétences et connaissances et dévaluent leur

contribution dans les soins aux patients. De ce fait, elles n'évaluent pas suffisamment et ne partagent pas les résultats obtenus auprès des patients. A nouveau, le manque de temps pourrait être une barrière à ces étapes.

### **Caractéristiques sociodémographiques associées aux attitudes et à l'implémentation de l'EBP**

La présente étude a permis de mettre en évidence que le taux d'activité ( $p = 0,0179$ ), le nombre d'années d'expérience professionnelle ( $p = 0,0350$ ) et le nombre d'années de pratique dans le service ( $p = 0,0375$ ) sont corrélés avec de meilleures attitudes envers l'EBP. Aucune corrélation statistiquement significative n'a pu être mise en évidence en regard de l'échelle d'implémentation de l'EBP. Des associations incluant l'expérience professionnelle ont été décrites dans la littérature, de sorte que les infirmières cheffes en poste depuis plus longtemps percevaient de meilleures possibilités envers l'utilisation de la recherche (Johansson et al., 2010). Ces résultats pourraient traduire que le temps passé sur le terrain de la pratique permettrait de développer de meilleures attitudes envers l'EBP, mais ne garantirait pas de développer de meilleures compétences. D'autres études incluant par exemple l'instrument OCSIEP (Mazurek Melnyk & Fineout-Overholt, 2005) permettraient d'étayer la littérature quant à la contribution des institutions de soins à favoriser les attitudes et les compétences des infirmières envers l'EBP.

Il existe peu de preuves qui permettent de soutenir que le poste occupé et l'âge des infirmières favorisent l'adhésion à l'EBP. Au cours de

l'étude de Mazurek Melnyk et al. (2008), les infirmières plus âgées décrivaient de meilleures attitudes que les infirmières plus jeunes, et celles occupant un poste de niveau hiérarchique supérieur décrivaient de meilleures attitudes que les infirmières de terrain. Ces différences pourraient s'expliquer par un degré de formation différent entre ces groupes. La formation incluant des savoirs scientifiques est un facteur facilitant largement documenté dans la littérature internationale (Breimaier et al., 2011; Brown et al., 2008; Koehn & Lehman, 2008; R. Levin et al., 2011; Mazurek Melnyk et al., 2008).

Plusieurs études ont démontré que de meilleures croyances envers l'EBP sont corrélées avec une meilleure implémentation du concept dans la pratique (Brown et al., 2008; Estabrooks et al., 2003; Mazurek Melnyk et al., 2008; Melnyk et al., 2004; Wallen et al., 2010b). Cette association s'est avérée non significative au cours de la présente étude. Une taille d'échantillon plus grande pourrait permettre de démontrer cette association auprès d'infirmières exerçant en centre hospitalier tertiaire suisse.

### **Conclusion sur les résultats de l'étude**

Cette étude a permis de mettre en évidence que plusieurs caractéristiques individuelles peuvent être associées à des freins et facteurs facilitant à l'EBP. Ces résultats convergent avec la littérature. La conclusion générale est que les attitudes des infirmières envers l'EBP sont en moyenne meilleures que les pratiques qui y sont associées (Brown et al., 2008; Mazurek Melnyk et al., 2008). Les perceptions infirmières analysées dans

cette étude permettent de considérer que des compétences et connaissances insuffisantes s'imposent à plusieurs niveaux et représentent la barrière prioritaire à l'EBP. La formation incluant des savoirs scientifiques est un facteur facilitant majeur. Ces résultats sont largement en lien de cohérence avec la littérature internationale. Par contre, les caractéristiques liées à l'organisation et celles liées à la recherche ne sont pas évaluables par la présente étude.

La recension de littérature n'a recensé aucune étude ayant permis de mettre en évidence les freins et facteurs facilitant à l'EBP auprès des infirmières exerçant en Suisse. L'état de la recherche indique que seuls 20 % des employés d'une organisation sont généralement préparés à entreprendre des mesures de changements (Prochaska et al., 2001). De ce fait, une majorité des mesures d'actions sont perçues comme imposées et de ce fait échouent ou engendrent des comportements résistants de la part des membres de l'organisation. Pour permettre aux organisations de créer des conditions favorables et accompagner leurs équipes dans les étapes du processus de changement, de telles études doivent être menées en Suisse. Connaître le contexte spécifique suisse et pouvoir y répondre par des stratégies d'intervention créatives, innovantes et stimulantes permettraient d'accompagner la transition des comportements à une nouvelle cristallisation (Lewin, 1947). En regard des difficultés perçues par les infirmières à l'encontre de l'EBP, le modèle conceptuel d'implémentation d'EBP devrait intégrer le rôle d'une infirmière leader détenant une formation de niveau

Master, Doctorat, ou spécifiquement centrée sur l'EBP. La recension de littérature a mis en évidence que les IPA au bénéfice de formation de niveau Master ont une meilleure perception de leurs compétences pour implémenter l'EBP (Gerrish, McDonnell, et al., 2011).

### **Forces et limites du modèle ARCC**

Le rôle central du mentorat rend le modèle ARCC attractif pour l'IPA. L'ouvrage des auteurs accompagne la construction du rôle. Les instruments utilisés par le modèle ont démontré de bonnes propriétés psychométriques. En revanche, l'organigramme proposé par Mazurek Melnyk et Fineout-Overholt (2005) n'est pas suffisamment représentatif de la démarche complexe et dynamique bien argumentée par les auteurs dans leur ouvrage. Un approfondissement de la littérature dédiée au modèle est donc nécessaire. Pour terminer, les stratégies de promotion de l'EBP dans le modèle ARCC répondent aux freins et facteurs facilitant liées aux caractéristiques individuelles des professionnels, mais n'élaborent pas d'interventions en regard des caractéristiques organisationnelles et liées à la recherche.

### **Limites de l'étude en regard de la validité interne et externe**

#### **Limites concernant la validité interne**

En ce qui concerne la validité interne, le taux de réponses « sans opinion » relevé par l'instrument BELIEFS est élevé, indiquant que certains énoncés n'ont peut-être pas été compris ou que les personnes étaient

vraiment sans opinion. Calculer l'homogénéité des énoncés des instruments en français permettrait de comparer l'indice de difficulté à la lecture des énoncés, aux données fournies par les auteurs et d'adapter une version française qui corresponde davantage au contexte local.

Comme mentionné par Estabrooks et al. (2003) la collecte de type auto-évaluative (*self reported*) peut biaiser l'évaluation des compétences et degré de participation envers EBP ; les infirmières qui prennent part à une étude sous forme de questionnaires auto-administrés sont probablement plus confiantes envers leurs connaissances et compétences relatives à l'EBP. Koehn et al. (2008) proposent l'échantillonnage aléatoire pour corriger ce biais.

Finalement, une étude de plus grande envergure auprès des infirmières suisses permettrait de démontrer d'autres mesures d'associations.

### **Limites concernant la validité externe**

Le nombre total de participants à l'étude ayant connaissance d'EBP (n = 22) ne permet pas de considérer que l'échantillon soit représentatif de la population. Les résultats de cette étude ne sont pas généralisables. Les résultats montrent la nécessité de développer d'autres recherches en Suisse. Des études de devis mixte, incluant des entretiens et de l'observation, pourraient fournir des réponses aux hypothèses émises, notamment en ce qui concerne le degré de compréhension du concept d'EBP et d'approfondir

les connaissances des barrières perçues. Les échelles utilisées dans cette étude ne permettent pas d'identifier les barrières liées aux caractéristiques organisationnelles et liées à la recherche. La traduction d'autres instruments en français s'avère nécessaire pour poursuivre l'exploration de l'ensemble des freins et facteurs facilitant EBP en Suisse romande.

### **Implications pour la recherche, la formation et la pratique clinique**

Les résultats d'études internationales indiquent que les barrières à l'EBP restent les mêmes depuis plus d'une décennie. Selon le modèle de diffusion de l'innovation de Rogers (2003), l'adoption de nouveaux comportements découle de la combinaison de plusieurs paramètres comme le contenu de l'innovation, les canaux de communication employés, la durée et le système social en présence. Les recommandations qui suivent tentent de traduire les paramètres de Rogers en termes de stratégies qui pallient aux obstacles à l'EBP.

### **Recherche**

Les résultats de la littérature indiquent que les infirmières démontrent des attitudes plutôt favorables envers l'EBP mais qu'elles nécessitent que les résultats de la recherche soient faciles à trouver, à comprendre et rapidement transposables pour la pratique clinique. Les chercheurs en soins infirmiers doivent poursuivre leurs efforts dans le développement d'outils de transmissions de savoirs qui répondent aux besoins d'infirmières ayant des niveaux de compétences variables envers l'EBP. Cette démarche devrait

permettre de solliciter la curiosité et l'enthousiasme des infirmières qui ne connaissent pas le concept d'EBP et stimuler l'amélioration de résultats patients et la diffusion de recommandations de la part des infirmières qui possèdent déjà de bonnes connaissances envers l'EBP. Les recherches portant sur l'EBP doivent continuer à tester des instruments en français et évaluer des modèles conceptuels qui permettent de surmonter les barrières et renforcer les facteurs facilitant. L'implémentation d'EBP est une démarche qui doit relever de résultats scientifiques soutenus. De telles études pourraient intégrer des devis mixtes, une collaboration multidisciplinaire et un suivi longitudinal. D'autres recherches intégrant les instruments de Mazurek Melnyk et Fineout-Overholt (2008) pourraient documenter leurs propriétés psychométriques en français.

### **Formation**

La formation initiale doit poursuivre ses efforts dans l'intégration de savoirs scientifiques auprès des étudiants. En regard des difficultés à mener les étapes d'EBP, la pratique infirmière ne peut pas considérer l'actualisation des connaissances comme une démarche individuelle relevant de l'intérêt personnel. La formation continue devrait permettre le relais et soutenir l'actualisation de connaissances auprès d'infirmières n'ayant pas acquis ces principes. Cette démarche représente un enjeu complexe en regard de la mixité des profils des infirmières, des degrés de compétences et d'intérêt variables envers l'EBP, ainsi que des ressources limitées en personnel et en temps. Le domaine de la formation pourrait créer des alliances avec les IPA,

afin qu'elles agissent favorablement auprès des équipes de terrain dans la pérennisation des savoirs scientifiques.

Concrètement, le domaine de la formation pourrait planifier des interventions de développement de connaissances et compétences qui visent spécifiquement à pallier les obstacles mis en évidence par la littérature internationale (formuler une question PICO, accéder aux bases de données, lire et critiquer des articles scientifiques, implémenter des résultats dans la pratique, évaluer et diffuser les résultats). Peut-être que la formation continue pourrait prendre exemple sur la manière dont les médecins actualisent leurs connaissances et développer davantage de stratégies qui intègrent directement les infirmières de terrain : lire et critiquer des articles en groupe (journal club), mener des ateliers, promouvoir la participation aux conférences et aux congrès, solliciter la participation dans des publications, etc. De tels efforts doivent être soutenus par une culture institutionnelle constructive et innovante.

### **Pratique clinique**

La culture constructive d'une institution est visible par des mesures qui renforcent les attitudes positives envers l'EBP et l'implémentation de résultats scientifiques dans la pratique clinique. La disponibilité en ressources et en temps soutient la production de recommandations et leur diffusion. Les infirmières ont besoin de pouvoir accéder aux outils informatisés et aux revues scientifiques spécifiques à leur domaine de pratique. L'institution devrait soutenir les infirmières à participer aux

conférences, aux congrès et valoriser la publication des résultats. Les étapes de l'EBP devraient être guidées par une infirmière leader qui connaît les principes de la recherche et qui est capable d'habiliter les infirmières de terrain de telles compétences. Les institutions de soins pourraient bénéficier d'alliances entre experts de terrain et experts formateurs.

## Conclusion

Depuis plusieurs décades, les preuves scientifiques démontrent que la pratique basée sur des preuves (EBP) améliore les soins aux patients. Mais la littérature met en évidence qu'il existe un écart entre les résultats de la recherche et leur application immédiate dans la pratique clinique (Doyon, 2009; Johansson et al., 2010). La recherche indique que 30% à 40% des patients ne reçoivent pas les soins conformes aux preuves scientifiques existantes et que 20% à 30% des soins prodigués ne sont pas nécessaires voire nuisibles (Grol & Grimshaw, 2003).

Des études exploratoires mettent en évidence que l'implémentation d'EBP dans la pratique infirmière fait face à de multiples obstacles, regroupés selon les caractéristiques des infirmières, des organisations et de la recherche. Cette étude descriptive et corrélationnelle auprès d'infirmières exerçant en centre hospitalier universitaire en Suisse, a mis en évidence que plus de la moitié de l'échantillon ne connaissait pas l'EBP. Les résultats indiquent que les attitudes des infirmières envers le concept EBP sont en moyenne meilleures que les pratiques qui y sont associés. Les perceptions infirmières analysées dans cette étude permettent de considérer que des compétences et connaissances insuffisantes s'imposent à plusieurs niveaux et représentent la barrière prioritaire à l'EBP.

En regard des difficultés perçues par les infirmières, les institutions de soins devraient adopter un modèle conceptuel d'implémentation d'EBP intégrant le rôle d'une infirmière leader, comme le serait une infirmière de pratique avancée (IPA) (Gagnon et al., 2009; Gerrish, Guillaume, et al.,

2011; Gerrish, McDonnell, et al., 2011; Hutchinson & Johnston, 2006; Lev et al., 2010; Pravikoff et al., 2005; Shirey, 2006; Wallen et al., 2010a; Wallen et al., 2010b; Winters et al., 2007)

L'implémentation d'EBP est une démarche qui doit relever de résultats scientifiques soutenus (Van Achterberg et al., 2008). Les recherches scientifiques portant sur l'EBP doivent évaluer des modèles conceptuels qui permettent de surmonter les barrières et renforcer les facteurs facilitant. De telles études pourraient intégrer des devis mixtes, une collaboration multidisciplinaire et un suivi longitudinal. Finalement, d'autres études sont nécessaires pour tester et améliorer la validité des instruments BELIEFS et IMPLEMENTATION en français.

## Références

- Ammenwerth, E., Mansmann, U., Iller, C., & Eichtstädter, R. (2003). Factors affecting and affected by user acceptance of computer-based nursing documentation : results of a two year study. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 10(1), 69-84.
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (2008). La pratique infirmière avancée. Un cadre national. Retrieved 18/11/2011, from [http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP\\_National\\_framework\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP_National_framework_f.pdf)
- Balas, E. A., & Boren, S. A. (2000). *Managing clinical knowledge for healthcare improvement*. Germany: Schattauer Publishing Company.
- Bandura, A. (1997). *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. New-York: W.H Freeman and Company.
- Baumberger, D. (2009). Position de l'ASI relative au projet SwissDRG : à l'intention du chef de projet et de l'organe directeur du projet (ODP) (pp. 1-8). Berne: Association Suisse des Infirmières et Infirmiers.
- Borrero, P. (2013). *Croyances et utilisation de la pratique fondée sur des données probantes chez des infirmières travaillant dans un service de gériatrie d'un hôpital en Suisse : étude descriptive corrélationnelle*. (Mémoire de Master), Institut Universitaire de Foremaiton et Recherche en Soins, Lausanne.
- Bostrom, J., & Wise, L. (1994). Closing the gap between research and practice. *Journal of Nursing Administration*, 24(5), 22-27.
- Breimaier, H. E., Halfens, R. J. G., & Lohrmann, C. (2011). Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11/12), 1744-1756. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03491.x
- Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D. (2008). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence based practice at an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 371-381.
- Carlson, C. L., & Plonczynski, D. J. (2008). Has the BARRIERS Scale changed nursing practice? An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 322-333. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04705.x
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Champion, W., & Leach, A. (1989). Variables related to research utilization in nursing : an empirical investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 14(9), 705-710.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (7th ed.). St-Louis, Missouri: Mosby.
- Chiu, Y., Weng, Y., Lo, H., Hsu, C., Shih, Y., & Kuo, K. N. (2010). Comparison of evidence-based practice between physicians and nurses: a national survey of regional hospitals in Taiwan. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 30(2), 132-138. doi: 10.1002/chp.20070
- Confédération Suisse. (2012). *Loi fédérale sur l'Assurance Maladie*. Berne: Confédération Suisse.

- Conseil International des Infirmières. (2005). Code déontologique du CII pour la profession infirmière (pp. 1-9). Genève: Conseil International des Infirmières.
- Coopey, M., Nix, M. P., & Clancy, C. M. (2006). Translating research into evidence-based nursing practice and evaluating effectiveness. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(3), 195-202.
- Cullen, L., & Adams, S. (2010). What is Evidence-Based Practice? *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 25(3), 171-173.
- Dale, A. E. (2005). Evidence-based practice : compatibility with nursing. *Nursing Standard*, 19(40), 48-53.
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au coeur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Davies, H. T. O., Nutley, S., & Smith, P. (2000). Introducing evidence-based policy and practice in public services. *What works? Evidence-based policy and practice in public services* (pp. 1-11). Bristol: The Policy Press.
- Debout, C. (2012). La pratique fondée sur des preuves. *Soins*, 57(771), 14-17.
- Dee, C., & Stanley, E. E. (2005). Information seeking behavior of nursing students and clinical nurses : implications for health sciences librarian *Journal of Medical Library Association*, 93(2), 213-222.
- DiCenso, A., Cullum, N., & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing : some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, 1(April), 38-39. Retrieved from <http://ebn.bmj.com/content/1/2/38.long>
- Dicenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-based nursing : a guide to clinical practice*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Doyon, O. (2009). L'application des pratiques fondées sur les résultats probants : une démarche de changement au quotidien, un signe de maturité professionnelle. *Profession d'infirmière : quelle place et quelles pratiques à l'avenir?* (pp. 151-188). Paris, France: Edition Lamarre.
- Estabrooks, C. A. (1999). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? 1998. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(4), 273-294.
- Estabrooks, C. A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K. A., & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506-520. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02748.x
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker Hinton, P., & Fitzpatrick, J. J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115-119.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2 ed.). Canada: Chenelière Education inc.
- French, P. (2001). What is evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern *Journal of Advanced Nursing* 37(3), 250-257.

- Funk, S. G., Champagne, N. T., Wiese, R. A., & Tornquist, E. M. (1991). BARRIERS : the barriers to research utilization scale. *Applied Nursing Research*(4), 90-95.
- Gagnon, J., Côté, F., Boily, M., Dallaire, C., Gagnon, M.-P., Michaud, C., . . . Mercure, S.-A. (2009). Barrières et facteurs facilitant l'intégration de résultats probants aux soins infirmiers en contexte québécois : étude exploratoire descriptive. *L'infirmière clinicienne*, 6(19-28).
- Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum, M., McDonnell, A., Tod, A., & Nolan, M. (2011). Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front line nurses : findings from a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1079-1090.
- Gerrish, K., McDonnell, A., Nolan, M., Guillaume, L., Kirshbaum, M., & Tod, A. (2011). The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 2004-2014.
- Geurden, B., Strem, C., Piron, C., & Gobert, M. (2012). How relevant is the Cochrane database of systematic reviews to nursing care? *International Journal of Nursing Practice*(18), 519-526.
- Glacken, M., & Chaney, D. (2004). Perceived barriers and facilitators to implementing research findings in the Irish practice setting. *Journal of Clinical Nursing*(13), 731-740.
- Goulet, G., Lampron, A., Morin, D., & Heon, M. (2004). La pratique basée sur les résultats probants. Partie 1: origine, définitions, critiques, obstacles, avantages et impact. *Recherche en Soins Infirmiers*, (76), 12-18.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice : effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*(362), 1225-1230.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing : an integrative approach* (4 ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Hutchinson, A. M., & Johnston, L. (2006). Beyond the BARRIERS scale : commonly reported barriers to research use. *The Journal of Nursing Administration* 36(4), 189-199.
- International Council of Nurses. (2002). Definition and characteristics for nurse practitioner/advanced practice nursing roles. Geneva: International Council of Nurses.
- Johansson, B., Fogelberg-Dahm, M., & Wadenstein, B. (2010). Evidence-based practice : the importance of education and leadership. *Journal of Nursing Management*(18), 70-77.
- Kajermo, K. N., Bostörm, A.-M., Thompson, D. S., Hutchinson, A. M., Eastabrooks, C. A., & Wallin, L. (2010). The BARRIERS scale, the barriers to research utilization scale : a systematic review. *Kajermo et al. Implementation Science*, 5(32), 1-22.
- Kessenich, C. R., & DiCenso, A. (1997). Teaching nursing students evidence-based nursing. *Nurse Educator*, 22(6), 25-29.

- Kitson, A. (2002). Recognizing relationships : reflections on evidence based practice. *Nursing Inquiry*, 9(3), 179-186.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence-based practice : a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*(7), 149-158.
- Knops, A. M., Vermeulen, H., Legemate, D. A., & Ubbink, D. T. (2009). Attitudes, awareness and barriers regarding evidence-based survey among surgeons and surgical nurses. *World Journal of Surgery*(33), 1348-1355.
- Koehn, M. L., & Lehman, K. (2008). Nurses's perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 209-215.
- Le May, S., Loiselle, C. G., G elinas, C., Lampron, A., Bouchard, E., & Goulet, C. (2008). Crit eres de s election et d'adaptation d'un questionnaire pour la recherche clinique. *Douleur et Analg sie*(21), 114-120.
- Lev, E. L., Kolassa, J., & Bakken, L. L. (2010). Faculty mentors' and students' perceptions of students' research self-efficacy. *Nurse Education Today*, 30(2), 1-15.
- Levin, A. (2001). The Cochrane collaboration. *Annals of Internal Medicine* (135), 309-312.
- Levin, R., Fineout-Overholt, E., Mazurek Melnyk, B., Barnes, M., & Vetter, M. J. (2011). Fostering evidence-based practice to improve nurse and cost outcomes in a community health setting. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), 21-33.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics. In D. Cartwright (Ed.), *Field Theory in Social Science*. London: Social Science Paperbacks.
- Mazurek Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and healthcare : a guide to best practice*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Mazurek Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., & Mays, M. Z. (2008). The evidence-based practice beliefs and implementation scales : psychometric properties of two new instruments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5(4), 208-216.
- McCarthy, V., & Freeman, L. H. (2008). A multidisciplinary concept analysis of empowerment : implications for nursing. *Journal of Theory Construction & Testing*, 12(2), 68-74.
- McDonald, L. (2001). Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. *Evidence-Based Nursing*(4), 68-69.
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. Philadelphia: Wolters. Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Feinstein, N. F., H., L., Small, L., Wilcox, L., & Kraus, R. (2004). Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills and needs regarding evidence-based practice : implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviews on Evidence-Based Nursing/Sigma Theta Tau International*, 1(3), 185-193.
- Mitchell, A., Janzen, K., Pask, E., & al., e. (1995). Assessment of nursing research utilization needs in Ontario health agencies. *Canadian Journal of Nursing Administration* 8, 77-91.

- National Association of Clinical Nurse Specialists. (2010). *The National CNS Competency Task Force*. Philadelphie: NACNS.
- Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (LRH), 09.079 C.F.R. (2011).
- Pearson, L. (2001). Providing the best for our patients : evidence based practice. *Nurse Practitioner* 26, 11, 12, 15.
- Porter, S. (2010). Fundamental patterns of knowing in nursing: the challenge of evidence-based practice. *Advances in Nursing Science*, 33(1), 3-14.
- Pravikoff, D., Pierce, S., & Tanner, A. (2005). Evidence-based practice readiness study supported by academy nursing informatics expert panel. *Nursing Outlook*, 53(1), 49-50. doi: 10.1016/j.outlook.2004.11.002
- Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., & Levesque, D. A. (2001). A transtheoretical approach to changing organisations. *Administration and Policy in Mental Health*, 28(4), 247-261.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5 ed.). New York: The Free Press.
- Rycroft-Malone, J. (2010). Using theory and framework to facilitate the implementation of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, second quarter*, 57-58.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing* 47(1), 81-90.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., & Gray, J.-A. (1996). Evidence based medicine : what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Scott, K., & McSherry, R. (2008). Evidence-based nursing : clarifying the concept for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing* (18), 1085-1095.
- Shirey, M. R. (2006). Evidence-based practice: how nurse leaders can facilitate innovation. *Nursing Administration Quarterly*, 30(3), 252-265.
- Stetler, C. B., Brunell, M., Giuliano, K. K., Morsi, D., Prince, L., & Newlook-Stokes, V. (1998). Evidence-based practice and the role of nursing leadership. *Journal of Nursing Administration*, 28(7-8), 45-53.
- Upton, D., & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing*(53), 454-458.
- Van Achterberg, T., Schoonhoven, L., & Grol, R. (2008). Nursing implementation science : how evidence-based requires evidence-based implementation. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 302-310.
- Vincent Suter, S. (2013). *Validation et mesure des facteurs facilitant et des freins à la pratique basée sur des preuves auprès d'infirmiers et infirmières oeuvrant en centre hospitalier universitaire*. (Mémoire de Master), Institut Universitaire de Formation et Recherche en Soins, Lausanne.
- Wallen, G. R., Mitchell, S. A., Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Miller-Davis, C., Yates, J., & Hastings, C. (2010a). Implementing evidence-based

- practice : effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2761-2771.
- Wallen, G. R., Mitchell, S. A., Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Miller-Davis, C., Yates, J., & Hastings, C. (2010b). Implementing evidence-based practice : effectiveness of a structured multifaceted mentorship program. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2761-2771.
- Wandeler, E. (2005). Careholder-value, baromètre d'une politique de santé. *Soins Infirmiers*, 10, 54-55.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104.
- Winters, C. A., Lee, H. J., Besel, J., Strand, A., Echeverri, R., Jorgensen, K. P., & Dea, J. E. (2007). Access to and use of research by rural nurses. *Rural and Remote Health*, 7(758). Retrieved from [www.rrh.org.au](http://www.rrh.org.au)
- Wozar, J. A., & Worona, P. C. (2003). The use of online information resources by nurses. *Journal of Medical Library Association* 9(12), 216-221.
- Xu, X., Rocha, R. A., Bigelow, S. M., Wallace, C. J., Hanna, T., & Roemer, L. K. (2005). *Understanding nurses' information needs and searching behavior in acute care settings*. Paper presented at the American Medical Informatics Association

## **Appendice A**

Questionnaires BELIEFS et IMPLEMENTATION

## ECHELLE SUR LES CROYANCES DE L'EBP

Voici 16 énoncés sur la pratique basée sur des preuves scientifiques (EBP). **Veillez entourer le chiffre qui correspond le mieux à votre accord ou désaccord pour chaque énoncé.** Il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte.

		Totalement en désaccord	Plutôt en désaccord	Sans opinion	Plutôt d'accord	Entièrement d'accord
1	Je crois que la pratique basée sur des résultats scientifiques (EBP) donne des meilleurs soins pour les patients <sup>1</sup>	1	2	3	4	5
2	Je suis au clair par rapport aux étapes de la pratique basée sur des résultats scientifiques (EBP)	1	2	3	4	5
3	Je suis sûr(e) que je peux mettre en application la pratique basée sur des résultats scientifiques (EBP)	1	2	3	4	5
4	Je crois que l'évaluation critique des résultats scientifiques (EBP) est une étape importante dans le développement de la pratique basée sur les données probantes	1	2	3	4	5
5	Je suis sûr(e) que les recommandations (guidelines) basées sur les résultats scientifiques (EBP) peuvent améliorer les soins cliniques	1	2	3	4	5
6	Je crois que je peux trouver les meilleurs résultats scientifiques pour répondre à des questions cliniques d'une manière efficace et rapide	1	2	3	4	5
7	Je crois que je peux surmonter les obstacles dans la mise en place de la pratique basée sur les résultats scientifiques (EBP)	1	2	3	4	5
8	Je suis sûr(e) que je peux mettre en place la pratique basée sur des preuves scientifiques (EBP) d'une manière rapide et efficace	1	2	3	4	5
9	Je suis sûr(e) que l'implantation de la pratique basée sur les données probantes améliorera les soins que je donne à mes patients	1	2	3	4	5
10	Je suis sûr(e) de savoir comment mesurer les résultats des soins prodigués	1	2	3	4	5
11	Je crois que la pratique basée sur les données probantes prend trop de temps	1	2	3	4	5
12	Je suis sûr(e) que je peux accéder aux meilleures ressources pour mettre en place la pratique basée sur les résultats scientifiques (EBP)	1	2	3	4	5
13	Je crois que la pratique basée sur les données probantes est difficile	1	2	3	4	5
14	Je sais comment implanter la pratique basée sur des résultats scientifiques (EBP), de manière suffisante, pour faire des changements dans la pratique	1	2	3	4	5
15	Je suis confiant(e) dans ma capacité à mettre en application la pratique basée sur des résultats scientifiques (EBP) où je travaille	1	2	3	4	5
16	Je crois que les soins que j'offre sont basés sur les résultats scientifiques (EBP)	1	2	3	4	5

<sup>1</sup>lire également famille, communauté ou système

Version française de la Melnyk & Fineout-Overholt EBP Beliefs Scale © (2003),

Traduit avec permission par Borrero, B., Gentizon, J., Vincent-Suter, S., Eicher, M., Morin, D.

## ECHELLE SUR LA PRATIQUE DE L'EBP

Voici 17 énoncés sur la pratique basée sur des preuves scientifiques (EBP). Certains soignants font ces actions plus souvent que d'autres. Il n'y a pas une fréquence définie pour laquelle vous devriez faire ces actions. Veuillez répondre à chaque question en entourant le chiffre qui correspond le mieux à **la fréquence à laquelle vous avez fait ces actions dans les 8 dernières semaines.**

Au cours des 8 dernières semaines :

		Aucune fois	1 à 3 fois	4 à 5 fois	6 à 7 fois	Plus de 8 fois
1	J'ai utilisé les résultats scientifiques (EBP) pour changer ma pratique clinique	0	1	2	3	4
2	J'ai analysé de façon critique les résultats probants d'une étude de recherche	0	1	2	3	4
3	J'ai posé une question <b>PICO</b> (Population, Intervention, Contexte/Comparaison, Résultat /Outcome) sur ma pratique clinique	0	1	2	3	4
4	J'ai parlé avec un(e) collègue de manière informelle sur des résultats scientifiques provenant d'une étude de recherche	0	1	2	3	4
5	J'ai recueilli des données concernant un problème d'un patient	0	1	2	3	4
6	J'ai partagé les preuves (EBP) d'une/d'étude-s sous forme d'un rapport ou d'une présentation à plus que 2 collègues	0	1	2	3	4
7	J'ai évalué les résultats d'un changement de pratique	0	1	2	3	4
8	J'ai partagé une recommandation clinique (guideline) basée sur des résultats scientifiques avec un(e) collègue	0	1	2	3	4
9	J'ai partagé les résultats scientifiques d'une étude de recherche avec un patient ou un membre de sa famille.	0	1	2	3	4
10	J'ai partagé les résultats scientifiques d'une étude de recherche avec un membre de l'équipe multidisciplinaire	0	1	2	3	4
11	J'ai lu et évalué de façon critique une étude de recherche clinique	0	1	2	3	4
12	J'ai accédé à la base de données de Cochrane des revues systématiques	0	1	2	3	4
13	J'ai utilisé une recommandation/directive (guideline) fondée sur des preuves ou une revue systématique pour changer la pratique clinique où je travaille	0	1	2	3	4
14	J'ai évalué une initiative de soins en collectant des données sur des résultats obtenus auprès des patients	0	1	2	3	4
15	J'ai partagé ces résultats obtenus auprès des patients avec des collègues	0	1	2	3	4
16	J'ai changé la pratique en intégrant les données obtenues auprès des patients	0	1	2	3	4
17	J'ai promu l'utilisation de la pratique basée sur des résultats scientifiques (EBP) auprès de mes collègues	0	1	2	3	4

Version française de la Melnyk & Fineout-Overholt EBP Implementation Scale © (2003),

Traduit avec permission par Borrero, B., Gentizon, J., Vincent-Suter, S., Eicher, M., Morin, D.

## Appendice B

## Questionnaire démographique

Merci de répondre aux questions suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation. Les données seront traitées de manière anonyme.

Etes-vous ? <sub>1</sub> un homme <sub>2</sub> une femme

Quel âge avez-vous ? <sub>1</sub> 20-30 ans <sub>2</sub> 31-40 ans  
<sub>3</sub> 41-50 ans <sub>4</sub> plus de 50 ans

Quel est le pays d'obtention du diplôme infirmier ?

<sub>1</sub> Suisse <sub>2</sub> France  
<sub>3</sub> Portugal <sub>4</sub> Canada  
<sub>5</sub> autre : \_\_\_\_\_

Quel est votre taux d'activité ? \_\_\_\_\_%

Combien d'années d'expérience avez-vous comme infirmier/ère ? \_\_\_\_\_années

Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre unité de soins actuelle ? Depuis \_\_\_\_\_années

Quel est votre plus haut niveau de formation ? (une seule réponse possible)

<sub>1</sub> infirmier/ère diplômé(e) <sub>2</sub> infirmier/ère spécialisé(e)  
<sub>3</sub> master <sub>4</sub> doctorat  
<sub>5</sub> autre : \_\_\_\_\_

Quel poste occupez-vous actuellement ?

<sub>1</sub> infirmier/ère <sub>2</sub> infirmier/ère spécialisé(e)  
<sub>3</sub> ICUS <sub>4</sub> autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà entendu parler de la pratique fondée sur des preuves ?

<sub>1</sub> non Pour vous, le questionnaire s'arrête ici. Merci d'avoir répondu aux questions ci-dessus.  
<sub>2</sub> oui Veuillez répondre aux questions ci-dessous et des pages suivantes. D'avance, merci.

Dans quelles circonstances avez-vous entendu parler de la pratique fondée sur des preuves ? (plusieurs réponses possibles)

<sub>1</sub> dans ma formation de base  
<sub>2</sub> dans le cadre de ma formation de spécialisation  
<sub>3</sub> dans le cadre de la formation continue  
<sub>4</sub> par intérêt personnel (congrès, journaux, colloques, etc.)

## **Appendice C**

Lettre d'informations aux infirmières



Madame, Monsieur,

Je suis infirmière diplômée et poursuis actuellement ma formation au Master en Sciences Infirmières à l'IUFRS à Lausanne. Dans ce but, je souhaite mener une étude intitulée « **Croyances, attitudes et implémentation de la pratique basée sur des preuves chez des infirmières d'un centre hospitalier en Suisse : étude descriptive, corrélacionnelle et transversale** ». Votre opinion m'intéresse.

Je sollicite votre participation afin d'identifier quelles sont vos croyances quant à la pratique fondée sur des preuves et quelle est l'utilisation des résultats probants dans votre pratique actuelle.

En accord avec la Commission d'évaluation des demandes d'enquête je vous remets ici deux questionnaires accompagnés d'une brève définition, qui nécessitent 20 minutes pour y répondre. Les données seront traitées dans la plus stricte confidentialité et dans l'intérêt de cette unique enquête. **Vous restez libre de ne pas y participer.**

Une urne est à disposition dans votre service pour la récolte des questionnaires et sous enveloppes fermées jusqu'au 31 octobre 2012. Les résultats de cette enquête vous seront transmis dans le courant de l'année 2013.

Je sais que votre temps est précieux. Je vous remercie d'avance de votre implication qui permettra une meilleure compréhension de votre réalité professionnelle.

Je me tiens à votre disposition pour toutes questions complémentaires et vous adresse Chère Collègue, Cher Collègue, mes cordiales salutations.

Jenny Gentizon, [Jenny.Gentizon@unil.ch](mailto:Jenny.Gentizon@unil.ch)

Avant de remplir ce questionnaire veuillez bien lire ce qui suit :

Nous nous intéressons à la **pratique fondée sur des preuves** qui est aussi connue sous les appellations suivantes :

**pratique basée sur des résultats scientifiques**

**pratique basée sur des données/résultats probants**

**evidence-based practice (EBP)**

**evidence-based nursing (EBN)**

**La pratique basée sur des preuves intègre quatre dimensions :**

1. **la présence de résultats scientifiques valides,**
2. **l'expertise clinique des professionnels,**
3. **les valeurs et préférences exprimées par la personne bénéficiaire de soins,**
4. **la prise en considération des ressources et du contexte spécifique.**

Par votre participation à cette étude vous certifiez avoir été dûment informé du déroulement et des objectifs de la recherche intitulée « **Croyances, attitudes et implémentation de la pratique basée sur des preuves chez des infirmières d'un centre hospitalier en Suisse : étude descriptive, corrélationnelle et transversale** » et que vous avez pu, si nécessaire, poser des questions à la personne investigatrice. Vous consentez que les résultats de la présente recherche soient publiés de manière anonyme, en garantissant à ne pas pouvoir remonter à votre identité. **Vous restez libre de ne pas y participer.**

En vous remerciant de votre participation,

Jenny Gentizon, Jenny.Gentizon@unil.ch

