

**L'implémentation des recommandations
basées sur des preuves (EBN) dans un
contexte de soins aigus :**

Prévention des escarres

Revue de littérature étoffée
Travail de Bachelor

Par
Berset Karine
Dufour Isabelle
Promotion 2011-2014

Sous la direction de : Mme Progin Evelyne

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 30 juin 2014

REMERCIEMENTS

Nous remercions notre directrice de Bachelor Thesis, Madame Progin Evelyne pour ses précieux conseils, son suivi régulier et sa disponibilité tout au long de la rédaction du travail.

Nous tenons également à remercier Madame Dubey Catherine pour son soutien et le partage de ses travaux de recherche antérieurs concernant la prévention des escarres.

Nous sommes reconnaissantes envers Monsieur Serena Andrea de nous avoir mises en contact avec Madame Bassin Florence afin d'élargir nos connaissances concernant notre thématique de la prévention des escarres. Merci à Madame Bassin de nous avoir accordé de son temps et d'avoir partagé son expérience du terrain avec nous.

Finalement, nous remercions sincèrement nos amis et nos collègues de la Haute Ecole de Santé pour leur présence durant l'accomplissement de ce travail et tout au long de la formation.

RESUME

Etat des connaissances : Une abondante littérature traite de la prévention des escarres, cependant leur survenue reste encore trop élevée et cela engendre des coûts importants et des conséquences délétères pour le patient. Il existe un fossé important entre la théorie et la pratique concernant la prévention des escarres en milieu hospitalier. Les preuves issues de recherches scientifiques ne sont pas toujours appliquées par les infirmières¹ dans les milieux de soins aigus.

Objectifs : Ce travail a pour but d'identifier les facteurs ayant une influence sur l'application des recommandations basées sur des preuves et de donner des pistes afin d'augmenter l'intérêt des infirmières pour la recherche.

Méthode : Les études ont été trouvées sur la banque de données PubMed, à l'aide de termes Mesh. Les critères de sélection ont été définis comme étant les articles scientifiques publiés entre 1999 et 2014, traitant des soins hospitaliers, ayant une forte valeur scientifique, venant de tous pays et étant publiés en anglais. Ils ont permis la sélection de quinze articles qui ont été traduits et analysés à l'aide de grilles d'analyse critique.

Résultats : Les facteurs influençant l'implémentation de la recherche dans la pratique sont la planification et l'évaluation, l'environnement, le leadership, les attitudes et croyances, la connaissance et la formation, les ressources et l'équipe de soins.

Discussion : Les résultats ont été catégorisés en barrières à l'implémentation des preuves dans la pratique (manque de personnel, manque de temps, manque de connaissance et de formation, attitude négative et résistance) et en facteurs favorisant (leadership, collaboration pluridisciplinaire, attitude positive, implication des infirmières, infirmières spécialisées et mentors, élaboration d'un plan d'action, évaluation et feed-back). Ils ont ensuite été mis en lien avec les cadres de référence afin d'en faire émerger des hypothèses et des pistes d'action.

Mots clefs : Evidence-based nursing, evidence-based practice, implémentation, infirmières, prévention, escarres, facilitation, preuve, guideline, qualité des soins.

¹ Dans ce travail, le terme « infirmière » comprend également le genre masculin.

TABLE DES MATIERES

Table des abréviations	6
Introduction	7
1. Etat des connaissances	8
1.1 Problématique	8
1.2 Question de recherche	12
1.3 Cadres de référence	12
Prévention des escarres.....	12
Evidence-Based Nursing	15
Facilitation	16
Qualité des soins.....	17
2. Méthode	19
2.1 Type de devis	19
2.2 Critères de sélection	20
2.3 Processus de recherche	20
2.4 PICo	21
2.5 Mots mesh	21
2.6 Stratégies de recherche	22
Stratégie 1	22
Stratégie 2.....	24
Stratégie 3	25
Stratégie 4.....	26
Stratégie 5	26
Stratégie 6.....	27
2.7 Diagramme Prisma Flow	28
3. Résultats	29
3.1 Planification et évaluation	34
3.2 Environnement	36
3.3 Leadership	36
3.4 Attitude et croyances	39
3.5 Connaissance et formation	41

3.6 Ressources	43
Temps et charge de travail.....	43
Sources humaines	43
Accès aux preuves	44
3.7 Equipe de soins	45
4. Discussion	47
4.1 Synthèse des résultats	47
4.2 Analyse critique.....	48
Limites des articles	48
Limites et apprentissages du travail	48
4.3 Discussion des résultats.....	49
Conclusion	58
Bibliographie	59
Annexes.....	65
Annexe 1 : Déclaration d’authenticité.....	65
Annexe 2 : Grilles d’analyse critique	66
Annexe 3 : Articles exclus.....	73
Annexe 4 : Analyses critiques des recherches.....	74
Analyse 1 : Clarke, H. F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., van der Wal, R. & Gundry S. (2005).....	74
Analyse 2 : Dogherty, E. J., Harrison M. B., Graham I. D., Digel Vandyk, A. & Keeping-Burke, L. (2013),	83
Analyse 3 : Doran, D., Haynes, B. R., Estabrooks, C. A., Kushniruk, A., Dubrowski, A., Bajnok, I., McGills Hall, L., Li, M., Carryer, J., Jedras, D. & Bai, Y. Q.(2012)	93
Analyse 4 : Gerrish, K., Clayton, J., Nolan, M., Parker, K. & Morgan, L. (1999)	107
Analyse 5 : Melnyk Mazurek, B. ; Fineout-Overholt, E., Fischbeck Feinstein, N., Li, H., Small, L., Wilcox, L. & Kraus, R. (2004).....	119
Analyse 6 : Moore, Z. & Price, P. (2004).....	131
Analyse 7 : Pepler, C. J., Edgar, L., Frisch, S., Rennick, J., Swidzinski M., White, C., Brown, T. & Gross, J. (2006)	142

Analyse 8 : Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. & Elliott Miller, P. (2007)	157
Analyse 9 : Ring, N., Malcolm, C., Coull, A., Murphy-Black, T. & Watterson, A. (2005)	170
Analyse 10 : Ring, N., Coull, A., Howies, C., Murphy-Black, T. & Watterson, A. (2006)	183
Analyse 11 : Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A. (2004)	194
Analyse 12 : Sving, E., Idvall, E., Högberg, H. & Gunninberg, L. (2013)	203
Analyse 13 : Thiel, L. & Ghosh, Y. (2008).....	211
Analyse 14 : Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T. A., Mulhall, A. & Thompson, D. R. (2001).....	220
Analyse 15 : Van Herck, P., Sermeus, W., Jylha, V., Michiels, D. & Van den Heede, K. (2009)	228

TABLE DES ABREVIATIONS

ANQ :	Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et les cliniques
ASI :	Association Suisse des Infirmières
ASSC :	Assistant-e en Soins et Santé Communautaire
CHUV :	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
EPUAP :	European Pressure Ulcer Advisory Panel
EBN :	Evidence-Based Nursing
EBP :	Evidence-Based Practice
HUG :	Hôpitaux Universitaires de Genève
NPUAP :	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PD nurse :	Practice Development nurse
SC :	Système Culturel

INTRODUCTION

Le nombre d'escarres est beaucoup trop élevé compte tenu des connaissances actuelles concernant leur prévention. En effet, 4,4 % des patients hospitalisés contractent des escarres allant du stade un à quatre ! Ce taux élevé engendre des coûts importants et une souffrance supplémentaire pour les bénéficiaires de soins. L'infirmière se doit d'effectuer une prévention optimale qui a une influence directe sur la diminution du nombre de plaies de pression² contractées en milieu hospitalier. Cet aspect est indispensable dans le rôle infirmier mais malheureusement le taux reste élevé et rend compte du manque d'actions et de surveillances. Il existe une réelle difficulté à combler le fossé entre les nombreuses recherches Evidence-Based Nursing (EBN³) et leur application dans la pratique. Ce travail a pour but d'identifier les facteurs individuels et organisationnels qui ont un impact bénéfique ou néfaste sur l'utilisation de preuves dans la pratique. Appliquer les recommandations EBN dans la pratique permet d'appuyer la prise de décisions afin d'améliorer la qualité des soins prodigués.

Tout d'abord, la littérature concernant cette thématique sera décrite afin d'en faire découler des cadres de référence qui sont la prévention des escarres, l'Evidence-Based Nursing, la facilitation et la qualité des soins. Cette démarche permettra de mettre en lumière l'état des connaissances actuelles sur le fossé entre la théorie et la pratique. Puis, la méthodologie utilisée pour la réalisation de ce travail sera détaillée. Ensuite, certains obstacles et facteurs aidants à l'implémentation identifiés dans les différents articles analysés seront mis en évidence. Pour terminer, les résultats seront discutés à l'aide des cadres de référence afin d'en déduire d'éventuelles perspectives visant à affaiblir les obstacles et potentialiser les facteurs aidants. Ceci sera effectué en vue de faciliter l'implémentation de preuves indispensable dans la pratique infirmière.

² Synonyme de « escarres »

³ Veuillez vous référer à la table des abréviations, p.6.

1. ETAT DES CONNAISSANCES

1.1 PROBLEMATIQUE

Selon une recherche de Reinke et Sorg (2012), la peau est le plus grand organe du corps humain. Cependant, il est trop souvent relayé au second plan et cela n'est pas sans conséquences. En effet, l'apparition d'escarres est trop fréquente et pourrait être évitée par une observation minutieuse de l'état cutané et une prise en charge adaptée. Selon la définition internationale : « L'escarre est une lésion ischémique localisée au niveau de la peau et /ou des tissus sous-jacents, située en général sur une saillie osseuse. Elle est le résultat d'un phénomène de pression, ou de pression associée à du cisaillement» (EPUAP-NPUAP, 2014, P.7).

De nombreux guidelines⁴ sont diffusés, par exemple sur le site EPUAP⁵(2014). De plus des programmes de prévention tel que celui de l'étude de Campbell, Woodbury et Houghton (2010) ont prouvé leur efficacité. En effet, cette recherche a démontré que durant un mois d'implémentation d'un programme de prévention des escarres au talon, aucune ne s'est développée dans le service. Cependant, il reste difficile de faire appliquer les recommandations par le personnel dans les milieux de soins. En effet, une étude effectuée par l'Association Nationale pour le développement de la Qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ, 2013) compare la survenue d'escarres nosocomiales en 2012 dans 132 hôpitaux de Suisse. Les résultats sont significatifs, puisque 4,4% des patients présentent une escarre de degré un à quatre contractée à l'hôpital contre 5.8% en 2011. Ces chiffres ont donc baissé de 1,4%, ce qui montre tout de même une évolution positive, bien qu'encore insuffisante. Le traitement des escarres représente un coût important et demande beaucoup de temps et d'investissement de la part du personnel soignant. En effet, il peut exiger un temps d'hospitalisation plus long et engendre des douleurs supplémentaires pour les patients (Campbell et al., 2010). Selon Nestrigue et Or (2011), les surcoûts engendrés par l'apparition d'escarres en France ont été de 136 millions d'euros en 2007.

⁴ Aussi appelés Guides de Pratique Clinique ou Recommandations de Bonne Pratique Clinique. Ils sont effectués suite à une synthèse de recherches scientifiques et procurent des recommandations pour la pratique basées sur des preuves (CEBAM, 2013).

⁵ European Pressure Ulcer Advisory Panel

De ce fait, il est important de mettre l'accent sur la prévention. En effet, si elle est bien faite, la qualité des soins s'en trouve améliorée car les rechutes et les réhospitalisations sont évitées ou diminuées. Selon Comfort (2007), la prévention constitue toujours la meilleure approche, et les moyens financiers mis en place pour soutenir la prévention des escarres sont beaucoup moins importants que ceux nécessaires pour financer la guérison d'une escarre de stade quatre.

La satisfaction au travail est influencée par la qualité des soins prodigués et augmente la motivation des infirmières à s'impliquer davantage dans leur prise en charge. Dans l'ouvrage de Doran « Nursing Outcomes » (2011), les indicateurs de qualité sont les chutes, les chutes avec blessure, le nombre d'heures de soins par patient, les compétences, la prévalence des escarres et la prévalence des escarres survenues en milieu hospitalier. Les escarres faisant ainsi partie des indicateurs de qualité dans un milieu de soins, leur prévention doit faire partie des moyens mis systématiquement en place dans la prise en soins.

Afin de mettre l'accent sur l'importance de la prévention, il paraît nécessaire d'évoquer le rôle propre de l'infirmière. Selon Hesbeen (1997), l'objectif principal du soignant est d'améliorer la santé et de la maintenir à travers des actions de soin. Dans l'ouvrage de Busset et Gross coordonné par Nadot (2013), le rôle de l'infirmière est décrit à l'aide du modèle des Systèmes Culturels (SC) (Nadot, in Busset, Gross & Nadot, 2013, p.113). L'infirmière se doit de rendre des services « à l'institution et par conséquent au système de santé » (SC1), « au corps médical » (SC2) ainsi qu'« à la personne soignée et à son entourage » (SC3).

L'infirmière, au centre de ces trois systèmes culturels, a de nombreuses responsabilités décrites par Nadot (in Busset, Gross & Nadot, 2013). Elle a de multiples informations à récolter et à gérer, doit entrer en relation et communiquer avec les patients ainsi que leur famille et a un rôle de soutien dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Concernant les services rendus au corps médical, l'infirmière doit accomplir et maîtriser des gestes médico-délégués. Cependant, contrairement au stéréotype de l'infirmière « panseuse » et « piqueuse » (p.108), l'accomplissement de gestes techniques ne

représente que 15%⁶ du temps. Pour faire le lien entre les différents SC, l'infirmière doit se déplacer et cela représente 15%⁷ du temps d'une journée de travail. L'infirmière doit également avoir de nombreuses connaissances, par exemple sur l'anatomie et la physiopathologie, les assurances, la gestion des dossiers, la relation thérapeutique, la psychologie et la méthodologie de la recherche. D'autres tâches comme réapprovisionner le service en matériel, prévenir les infections nosocomiales par des mesures d'hygiène, gérer les déchets et s'occuper de l'hôtellerie sont des actions sans lesquelles l'institution ne pourrait fonctionner. Cependant, elles sont parfois considérées comme « banales » (Busset, Gross & Nadot, 2013, p.108). Selon Theureau (1981, in Busset, Gross & Nadot, 2013), certaines dimensions de la pratique infirmière comme le manque de temps et les imprévus qui demandent une réorganisation des soins ne sont pas considérées lors des décisions concernant la dotation en personnel. L'infirmière doit accomplir toutes ces tâches dans un contexte stressant et certaines actions sont invisibles (Nadot, in Busset, Gross & Nadot, 2013). En effet, selon Sliwka et Delmas (2009), les infirmières sont souvent perçues comme ayant des qualités innées telles que l'amour du prochain, une gentillesse naturelle et gratuite ou une attitude maternelle.

Selon Goulet et Dallaire (2002), l'infirmière est responsable de promouvoir la santé tout en prévenant la maladie et en soulageant la souffrance. De plus, selon Barrois, Colin et Desjobert (1995), elle est également responsable de la continuité des soins et de l'évaluation des actions de prévention mises en place. Bien qu'elle travaille en pluridisciplinarité elle doit élaborer un plan d'action de manière autonome.

Malgré le rôle évident que joue l'infirmière dans la prévention des escarres, il existe encore une grande différence entre la théorie énoncée dans l'EBN et son application dans la pratique. Selon le projet clinique pilote « Focus Escarre » de De Maria, Dubey et Lilla (2011), l'application des principes EBN dans la pratique demande de nombreux changements au sein des équipes, ce qui est difficile et prend beaucoup de temps. Le

⁶ Ces chiffres diffèrent selon les institutions et les services et sont donc énoncés ici sous forme de moyenne.

personnel soignant se réfère rarement à l'EBN pour améliorer sa pratique, et se repose souvent sur ses connaissances sans les remettre en question (De Maria et al., 2011).

Après avoir constaté le fossé entre la théorie et son application dans la pratique, il semble important de se poser la question suivante : pourquoi les infirmières n'appliquent-elles pas les recommandations EBN dans leur pratique ? Dans la recherche de Pravikoff, Tanner et Pierce (2005) faite aux Etats-Unis, 61,1 % du personnel soignant a besoin d'informations une à plusieurs fois par semaine pour effectuer une bonne pratique. Lorsque les infirmières sont face à un doute, 67 % sont plus à l'aise de demander à leurs collègues plutôt que de faire des recherches dans les livres ou sur CINAHL⁸ pour répondre à leurs questions. La plupart des participants de cette étude disent avoir une attitude positive face à l'EBN mais manquer de formation pour son utilisation et ne pas être à l'aise avec les ressources informatiques. Il est également ressorti que certains professionnels ne comprennent pas ce qu'est l'EBN et donnent donc peu de valeur à la recherche.

Après avoir effectué des recherches dans la littérature, il est possible d'affirmer que le fait de stimuler le personnel soignant à implémenter l'EBN pour une prévention des escarres efficace limite la durée d'hospitalisation, représente un gain de temps et d'argent, et évite au patient d'endurer des douleurs supplémentaires. Afin de comprendre le concept d'EBN, il est important de préciser ce que l'on entend par « preuve ». Une preuve est une information issue de recherches rigoureuses combinées à l'observation faite dans la pratique par les professionnels (Melnik & Fineout-Overholt, 2005).

Ce travail a pour but d'identifier les facteurs ayant une influence sur l'application des recommandations basées sur des preuves et de donner des pistes afin d'augmenter l'intérêt des infirmières pour la recherche. Si le personnel soignant prend en compte les preuves EBN, cela contribue à une meilleure qualité des soins ainsi qu'à une meilleure satisfaction des patients (Melnik & Fineout-Overholt, 2005).

⁸ CINAHL est une banque de données contenant des recherches scientifiques.

1.2 QUESTION DE RECHERCHE

Etant donné que les infirmières ne semblent pas toujours appliquer les recommandations EBN, il est important d'identifier les obstacles et les facteurs aidants à l'implémentation des recherches scientifiques dans la pratique. Ceci mène à la question de recherche suivante :

Dans un contexte de soins aigus, quels sont les obstacles et les facteurs favorisant l'implémentation de pratiques infirmières basées sur des preuves dans la prévention des escarres ?

1.3 CADRES DE REFERENCE

PREVENTION DES ESCARRES

La prévention de la maladie et la promotion de la santé sont considérées comme complémentaires (Formarier & Jovic, 2011). Selon le glossaire de la promotion de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1999), la promotion permet à la population de contrôler, d'améliorer et de maintenir au mieux son état de santé en lui donnant les moyens de le faire. La prévention concerne une population à risque ou atteinte d'une maladie. Selon Formarier et Jovic (2011), il existe trois types de prévention. La prévention primaire consiste à empêcher la survenue de la maladie dans une population donnée en combattant les facteurs de risques présents. La prévention secondaire consiste à agir sur la rapidité d'évolution de la maladie ainsi que sur ses effets en effectuant un dépistage précoce et une mise en place d'un traitement adéquat dès qu'il est nécessaire. La prévention tertiaire tend à diminuer le risque de récurrence et de chronicité en mettant en place des actions concernant la réadaptation.

La prévention est primordiale car l'aggravation ou l'apparition d'une maladie ont des conséquences élevées sur la vie du patient et engendrent également des coûts qui peuvent être très élevés. Selon la brochure de l'Alliance pour la santé en Suisse intitulée « la nouvelle loi sur la prévention » (2010), l'espérance de vie étant plus longue, la société a avantage à investir dans la prévention. En effet, cela permettrait aux personnes âgées de maintenir au mieux leur état de santé et cela coûterait moins cher que des hospitalisations et autres prises en charge.

Dans ce travail, il s'agit principalement de prévention primaire car le but est d'éviter l'apparition d'escarres à l'aide de soins préventifs. Les facteurs de risques sont présents et le personnel infirmier a pour rôle de les prendre en compte dans leur prise en charge afin d'éviter la survenue d'escarres. Cependant, à travers ses actions, l'infirmière adopte également une posture de promotion lorsqu'elle encourage la personne à utiliser ses ressources pour éviter l'apparition d'escarres. Selon Goulet et Dallaire (2002), la promotion de la santé et la prévention de la maladie sont de la responsabilité de l'infirmière. Ces propos suggèrent que la prévention des escarres doit être exécutée par des experts dans le domaine de la santé, dont fait partie l'infirmière.

Selon EPUAP-NPUAP⁹ (2014), les tissus les plus concernés par les escarres sont ceux qui se trouvent sur les proéminences osseuses. En décubitus dorsal, les zones les plus touchées sont l'occiput, l'omoplate, les coudes, les ischions, la crête iliaque, le sacrum et les talons. Il suffit d'une à deux heures de pression prolongée pour qu'un début d'escarre apparaisse.

Il est important de connaître les facteurs de risque afin d'effectuer les surveillances et actions adéquates. Selon le guide de référence abrégé datant de 2009 (EPUAP, 2014), les facteurs de risque sont :

- L'altération de l'état cutané (peau sèche, érythème)
- L'alitement ou personnes en fauteuil roulant
- L'altération de la circulation et de la vascularisation (diabète, instabilité cardiovasculaire, pression artérielle basse, index de pression bras/cheville)
- La friction et le cisaillement
- L'état nutritionnel (anémie, taux d'hémoglobine, albuminémie, apport nutritionnel, poids)
- L'âge avancé
- L'humidité de la peau (incontinence, macération)

Dans l'évaluation des facteurs de risque des Hôpitaux Universitaire de Genève (HUG, 2013), l'attention est également portée sur l'état psychique de la personne.

⁹ National Pressure Ulcer Advisory Panel

La prévention des escarres est primordiale car elle permet d'éviter les complications, de ce fait, différentes actions et observations sont à mettre en place. Dans les HUG, par exemple, une évaluation de l'état cutané et des facteurs de risque constitue la base de la prévention (HUG, 2013). D'après le document « Escarres : recommandations de prévention » (HUG, 2013), une observation minutieuse de l'état cutané, principalement des zones à risque, devrait être effectuée régulièrement. Les moments opportuns pour cela sont à l'entrée du patient, le 3^{ème} jour, lors de changement de l'état de santé comme une baisse de l'état général ou une augmentation de la température et lors des soins.

Selon un site français traitant du sujet des escarres (s.d.)¹⁰, il existe plusieurs échelles utilisées dans l'évaluation des risques, telles que les échelles de Norton, de Braden ou de Waterlow. Afin d'éviter la macération, il est important d'effectuer régulièrement les soins d'hygiène et de lutter contre l'incontinence. Selon le « tableau récapitulatif des matelas et lits de prévention des complications liées à l'alitement » (HUG, 2013), les lits doivent être scrupuleusement observés, il faudrait éviter de mettre de multiples protections ou d'interposer plusieurs draps entre le matelas et la peau du patient.

Selon la traduction du standard d'experts sur la prophylaxie des escarres (2012), des actions à ne pas négliger sont notamment la mobilisation et le changement de position, dont la fréquence varie selon les facteurs de risques, par exemple toutes les deux à trois heures. Cela a pour but de diminuer le temps de pression sur les zones concernées. Lors de la mobilisation, il est important de respecter les principes de changement de position et de transfert afin d'éviter le cisaillement et de surélever les talons afin de les laisser dans le vide.

En plus des actions effectuées auprès du patient, il existe du matériel spécialisé pour compléter cette prévention. Dans les centres de soins, on trouve des matelas thérapeutiques (à air, gel, eau, mousse), des arceaux au pied du lit pour éviter la pression sur les pieds ou des coussins lors de position assise. Notamment, il existe dans les HUG un « tableau récapitulatif des matelas et lits de prévention des complications liées à l'alitement » (2011). Ce matériel est utilisé pour réduire la pression sur les zones à risque en la répartissant au mieux sur toutes les parties du corps. Lors d'apparition de

¹⁰ « Le site Escarre.fr est issu de la collaboration de l'association PERSE et de la société Asymptote. » (<http://www.escarre.fr/infos-site/auteurs.php>, s.d)

rougeurs, le « guide de recommandations thérapeutiques » des HUG (2004) propose de bien hydrater la peau et de lever les pressions.

Selon Ferlay, Vuagnat, Donnat et Jetzer (2006), une nutrition adaptée est primordiale pour le maintien d'une bonne qualité de peau. En effet, la maladie augmente les besoins énergétiques de l'organisme et les carences retardent le processus de cicatrisation. Il est important de dépister la dénutrition par une anamnèse, un calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) et un dosage de l'albumine sérique car les protéines jouent un rôle majeur dans le processus de cicatrisation. De plus, il faut déterminer les besoins nutritionnels de la personne en faisant appel à une diététicienne.

EVIDENCE-BASED NURSING

L'EBN est défini comme l'utilisation consciencieuse de preuves récentes afin de prendre des décisions concernant les soins aux patients (Mulhall, 1998, Goode & Piedalue, 1999, in Clarke et al., 2005).

L'EBN est une approche de résolution de problèmes rencontrés dans la pratique clinique. Le mouvement de L'Evidence-Based Practice (EBP)¹¹ à été lancé par un épidémiologiste anglais, le Dr. Archie Cochrane, dans les années 1970. En effet, il doutait de la qualité des soins et critiquait la profession médicale dans son livre « Effectiveness and Efficiency » (1972). Il reprochait aux professionnels de ne pas fournir de preuves concrètes pour permettre aux politiques et aux institutions de prendre les meilleures décisions en matière de santé.

Dans cette approche, une décision clinique basée sur des preuves est prise en combinant la synthèse de plusieurs recherches scientifiques, l'expertise clinique des professionnels sur le terrain, ainsi que les préférences et les valeurs du patient (Melnik & Fineout-Overholt, 2005). D'après ces mêmes auteurs, les chercheurs offrent une connaissance nouvelle à travers des recherches méticuleuses et L'EBN offre aux professionnels les outils pour traduire cette connaissance dans la pratique afin d'améliorer la qualité des soins et les résultats auprès du patient. L'utilisation de l'EBN mène vers un niveau supérieur de qualité des soins ainsi que vers de meilleurs résultats auprès du patient

¹¹ Dans ce travail, les termes EBN et EBP ont une signification similaire.

(Reigle, et al., 2008, Talsma et al., 2008, in Melnyk & Fineout-Overholt, 2005). Des études montrent également que les soignants se sentent plus forts et plus satisfaits dans leur rôle lorsqu'ils s'engagent dans l'EBN (Maljanian et al., 2002, Strout, 2005, in Melnyk & Fineout-Overholt, 2005). Sans une mise à jour régulière des connaissances à l'aide de l'EBN, la pratique peut rapidement devenir obsolète, et ceci souvent au détriment du patient (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005).

FACILITATION

Le concept de facilitation a émergé du domaine de la psychologie humaniste, en particulier du travail de Rogers sur l'approche centrée sur le patient (in Harvey et al., 2002). Dans son travail, la facilitation se réfère à la démarche permettant aux individus et aux groupes de comprendre les processus qui permettent de changer leurs attitudes envers eux-mêmes, leur travail ou les autres personnes ou des aspects de leur comportement (Marshall & McLean, 1988, in Harvey et al., 2002).

Selon Harvey et al. (2002), le concept de facilitation a été utilisé dans plusieurs domaines et disciplines à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé, comme dans l'éducation, le management, le développement de la pratique, la promotion de la santé, les actions de recherches, la supervision clinique ou encore l'amélioration de la qualité. Sur le site du Larousse (2014) la facilitation est définie comme l'action de «rendre quelque chose facile ou plus facile à quelqu'un ». Kitson et al. (1998, in Harvey et al., 2002, p.579) la décrivent, d'une façon similaire, comme étant une technique par laquelle une personne rend les choses plus faciles pour les autres.

Les buts de la facilitation peuvent différer selon les intentions. Si elle est d'implémenter un standard dans la pratique, un des buts de la facilitation peut être d'offrir de l'aide et du soutien pour atteindre un objectif spécifique. L'intention peut aussi être de développer des processus pour permettre aux équipes de fournir un travail efficace. Le but sera alors de permettre aux individus et aux équipes d'analyser, de réfléchir et de changer leurs propres attitudes, comportements et façons de travailler (Harvey et al., 2002).

Selon le « Dynamic Standard Setting System (DySSSy) » (1990, in Harvey et al., 2002), la facilitation est identifiée comme la base d'une méthode visant la promotion de l'implémentation locale de standards et d'audits¹².

Dans ce travail, le concept de facilitation a été utilisé dans le contexte de l'implémentation de la pratique basée sur des preuves dans les unités de soins aigus. Selon Harvey et al. (2002), la facilitation est effectuée par une personne ayant un rôle spécifique, appelé un facilitateur, qui a pour mission d'aider les autres. Les facilitateurs doivent donc avoir le rôle approprié, les compétences et la connaissance pour rendre accessible et plus aisée l'intégration des preuves dans la pratique professionnelle (Harvey et al., 2002). Pour ce faire, le rôle de facilitateur consiste à rendre possible le développement d'apprentissages réflexifs en aidant à identifier les besoins des apprenants, en guidant des séances de groupe, en encourageant l'esprit critique, en atteignant des objectifs d'apprentissage (Harvey et al., 2002) et en adoptant une position de mentor (McCormack & Garbett, 2001, in Harvey et al., 2002). Kitson et al. (1998, in Harvey et al., 2002) prétendent que les facilitateurs jouent un rôle clef pour aider les individus et les équipes à comprendre ce dont ils ont besoin pour changer et comment effectuer ce changement, dans le but de transférer les preuves dans la pratique. Dans des travaux de recherche antérieurs, trois éléments ont été identifiés comme particulièrement importants pour influencer l'utilisation de la recherche dans la pratique. Ce sont les caractéristiques personnelles des facilitateurs, un rôle clairement défini et un style de travail approprié.

QUALITE DES SOINS

Les professionnels sont amenés à prouver que les soins qu'ils offrent mènent à de meilleurs résultats pour le patient. Pour cela, il est utile de faire ressortir des résultats pertinents pouvant être directement reliés à leur pratique et pouvant être des indicateurs de qualité. Selon Doran (2010), la qualité des soins consiste à atteindre la norme, qui permet ainsi de comparer les résultats entre des différentes institutions.

¹² « L'audit clinique est une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises, en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer» (Dupuy, 1999).

La recherche concernant ces résultats s'est largement étendue ces dernières années et différents auteurs s'y intéressent. Doran (2010) les détaille dans son livre « Nursing Outcomes : the state of science ».

Les résultats concernant la question de recherche de cette revue de littérature étoffée sont les résultats défavorables pour le patient. En effet, dans ce chapitre, Doran (2010) explique que l'escarre est un important facteur de qualité, tout comme les erreurs médicales, les infections nosocomiales ou encore les chutes. L'apparition d'une escarre augmente de 50% le temps de l'infirmière auprès du patient ainsi que les coûts, le risque d'infection et le temps d'hospitalisation. Selon Doran (2010), l'infirmière joue un rôle important dans l'évaluation de l'état cutané, la réduction de la pression grâce au repositionnement, le nettoyage de la peau et la limitation de l'exposition à l'humidité. Etant avec le patient 24h sur 24h, 7 jours sur 7, l'infirmière joue un grand rôle dans la prévention des complications liées à l'hospitalisation. La sécurité est un élément central de la prise en soins car les patients font confiance aux professionnels et ne s'attendent évidemment pas à ce que leur état s'empire à l'hôpital. Doran (2010) cite notamment une recherche dans laquelle les auteurs ont analysé les données concernant les complications dans vingt hôpitaux sélectionnés au hasard au Canada. Les résultats sont impressionnants : 36% des complications étaient prévisibles et 20,8 % d'entre elles ont eu une issue fatale pour le patient (Baker et al., 2004). Plusieurs études apportent des preuves du lien entre le travail des infirmières concernant la qualité des soins et les résultats auprès du patient. Parmi ces études, celle de ANA (2009), dont le principal résultat est que le taux de pneumonies contractées à l'hôpital, d'infections postopératoires, d'infections urinaires et d'escarres est plus bas dans les hôpitaux où travaillent plus d'infirmières diplômées. Une recherche de Blegen et al. (1998) menée dans 42 unités montre que le nombre d'heures de soins effectués par des infirmières diplômées est inversement proportionnel au taux d'erreurs de médication, aux plaintes de la part des patients et au taux d'escarres. Le nombre d'heures passées auprès du patient est donc directement lié aux résultats défavorables pour le patient.

Doran (2010) appuie la théorie de Morin (1997). En effet, dans son article « Générique ou spécifique : réflexion critique sur les indicateurs de résultats en soins infirmiers », Morin (1997) parle de l'importance de l'utilisation des mesures de résultats pour

améliorer la pratique et la prise de décisions infirmières. La mesure de résultats spécifiques est décrite comme la mesure de l'impact des soins infirmiers sur des patients ayant des caractéristiques communes, telles que leurs pathologies.

2. METHODE

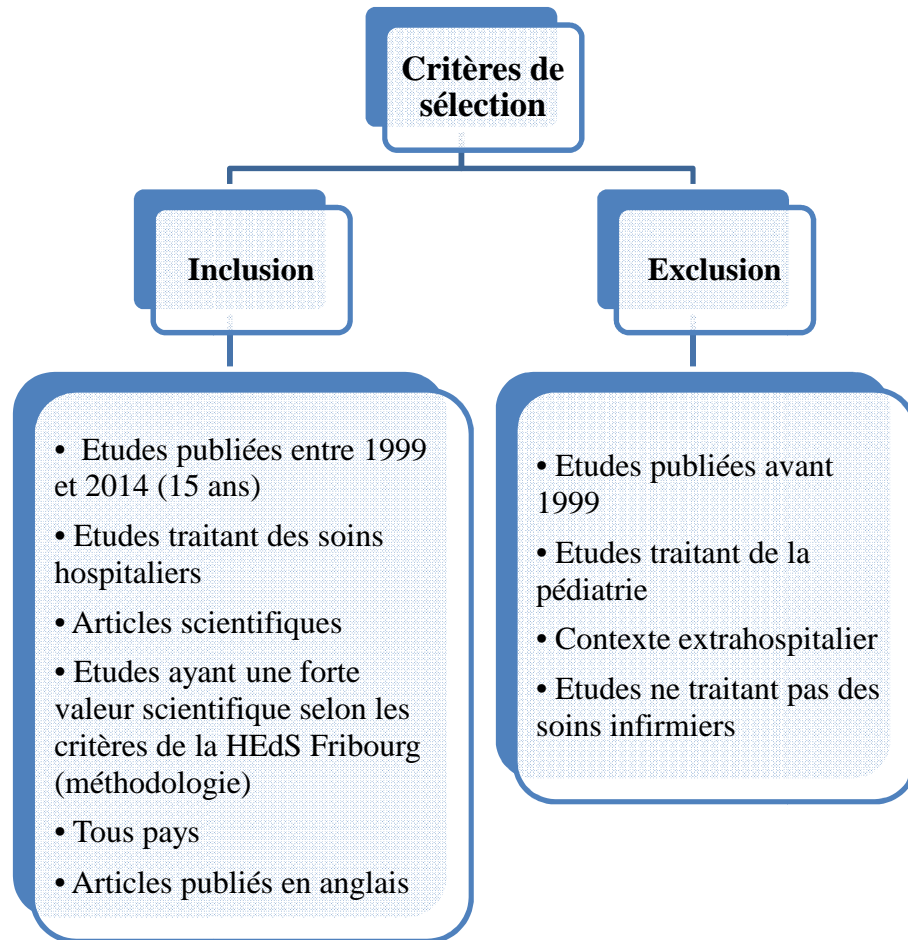
2.1 TYPE DE DEVIS

Etant donné l'importance de la recherche dans la pratique infirmière, il est pertinent de trouver des articles scientifiques qui traitent de cette thématique afin de les comparer pour tenter de répondre à la question de recherche. Pour cela, une revue étoffée de littérature a été effectuée grâce à la recherche et à l'analyse d'articles scientifiques pertinents concernant la problématique énoncée ci-dessus. Cette démarche permet, en effet de faire le point sur l'avancée des connaissances concernant un problème de recherche.

Comme expliqué plus haut, l'application de l'EBN est nécessaire dans la prévention des escarres. Selon Loiselle (2007), « la recherche en sciences infirmières vise à mettre en lumière des résultats probants liés à des questions cliniques importantes, notamment en matière de pratique, d'enseignement et de gestion des soins infirmiers, ainsi que de santé des populations » (p.4).

2.2 CRITERES DE SELECTION

Dans un premier temps, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été sélectionnés et sont les suivants :



2.3 PROCESSUS DE RECHERCHE

Après avoir lu et traduit de l'anglais¹³ un certain nombre d'articles pouvant correspondre à la question de recherche, une sélection de quinze d'entre eux a été effectuée, à l'aide des critères d'inclusions et d'exclusion cités ci-dessus. La grille Loiselle, reprise par Nadot et Bassal (2011) (Annexe 2), a été utilisée afin d'obtenir une analyse critique des recherches retenues. Une recherche a été lue et analysée

¹³ Traduction libre

simultanément puis les résultats ont été comparés pour arriver à un consensus. Au cours de l'étape suivante, les résultats ont été extraits.

Une synthèse thématique a été effectuée après extraction des résultats et des conclusions significatifs. Puis, les résultats obtenus ont été classés par catégories en fonction de leur sens commun. Dans cette synthèse se trouvent également les études identifiées, les études retenues, les études répondant au devis prioritaire, les études correspondant à d'autres types de devis, les études analysées et critiquées, les études exclues et les motifs d'exclusion. Pour cela un diagramme inspiré de PRISMA 2009 Flow Diagram (Moher et al., 2009) a été effectué. Enfin, dans le chapitre discussion, les articles ont été mis en lien avec les cadres de référence développés dans l'état des connaissances.

2.4 PICO

Population : infirmières

Phénomène d'intérêt : implémentation de l'EBN dans la prévention des escarres

Contexte : soins aigus

2.5 MOTS MESH

Les mots Mesh utilisés pour trouver des articles scientifiques dans la banque de données PubMed sont les suivants :

- Pressure ulcer / Escarre
- Evidence-Based Nursing / Soins basés sur des preuves
- Evidence-Based Practice / Pratique basée sur des preuves
- Implementation / Implémentation
- Facilitation / Facilitation
- Needs assessment / Evaluation des besoins
- Knowledge / Connaissance
- Evidence / Preuve
- Nurses / Infirmières
- Nursing staff / Equipe infirmière

- Research-Based Practice / Pratique basée sur la recherche
- Hospital / Hôpital
- Guideline / Guideline
- Factors / Facteurs

2.6 STRATEGIES DE RECHERCHE

La banque de données consultée afin de trouver des articles a été PubMed. Six stratégies de recherche ont été mises en place et ont permis de sélectionner les articles ci-dessous.

STRATEGIE 1

Banque de données	PubMed
Technique	Recherche termes Mesh
Termes Mesh utilisés	((« implementation » [Mesh]) AND « evidence-based nursing » [Mesh]) AND « pressure ulcer » [Mesh]
Filtres	Aucun
Résultats	73 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> • Sving, E., Idvall, E., Högberg, H. & Gunningberg, L. (2013). Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study. <i>International Journal of Nursing Studies</i>, http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.09.077 • Clarke, H.F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., van der Wal, R. & Gundry S. (2005). Pressure ulcers : implementation of evidence-based nursing practice. <i>Journal of Advance Nursing</i>, 49, 578-590. • Gerrish, K., Clayton, J., Nolan, M., Parker, K. & Morgan, L. (1999). Promoting evidence-based practice : managing change

	<p>in the assessment of pressure damage risk. <i>Journal of Nursing Management</i>, 7, 355-362.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moore, Z. & Price, P. (2004). Nurses' attitude, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 13, 942-951 • Van Herck, P., Sermeus, W., Jylha, V., Michiels, D. & Van den Heede, K. (2008). Using hospital administrative data to evaluate the knowledge-to-action gap in pressure ulcer preventive care. <i>Journal of Evaluation in Clinical Practice</i>, 15, 375-382. • Marchionni, C. & Ritchie, J. (2008). Organizational factors that support the implementation of nursing Best Practice Guideline. <i>Journal of Nursing Management</i>, 16, 266-274. • Harrison, M.B. & Graham, Y.D. (2012). Roadmap for a Participatory Research-Practice Partnership to Implement Evidence. <i>Worldview on Evidence-Based Nursing</i>, doi :10.1111/j.1741-6787.2012.00256.x • Flordgren, G., Rojas-Reyes, M.X., Cole, N. & Foxcroft, D.R. (2012). Effectiveness of organizational infrastructures to promote evidence-based nursing practice (Review). <i>The Cochrane Library</i>. Issue 2. http://www.thecochranelibrary.com • Jankowski, I.M. & Morris Nadzam, D. (2011). Identifying Gaps, Barriers, and Solutions in Implementing Pressure Ulcer Prevention Programs. (2011). <i>The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i>, 37 : 6, 253-264.
--	--

STRATEGIE 2

Banque de données	PubMed
Technique	Recherche termes Mesh
Termes Mesh utilisés	((« nursing staff » [Mesh]) AND « hospital » [Mesh]) AND « evidence-based practice » [Mesh] AND « implementation » [Mesh]
Filtres	Aucun
Résultats	296 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> • Doran, D., Haynes, B.R., Estabrooks, C.A., Kushniruk, A., Dubrowski, A., Bajnok, I., McGillis, L., Li, M., Carryer, J., Jedras, D., & Bai, Y.Q. (2012). The role of organizational context and individual nurse characteristics in explaining variation in use of information technologies in evidence based practice. <i>Implementation Science</i>, 7 :122, 1-14. • Thiel, L. & Ghosh, Y. (2008). Determining Registered Nurses' Readiness for Evidence-Based Practice. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>, 5, 182-192. • Shaffer, S.T., Zarnowsky, C.D., Green, R.C., Chen Lim, M.-L., Holtzer, B.M. & Ely, E.A. (2013). Strategies from Bedside Nurse Perspectives in Conduction Evidence-based Practice Projects to Improve Care. http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2013.01.004

STRATEGIE 3

Banque de données	PubMed
Technique	Recherche termes Mesh
Termes Mesh utilisés	((« guideline » [Mesh]) AND « factors » [Mesh]) AND « evidence-based nursing » [Mesh] AND «implementation» [Mesh]
Filtres	Aucun
Résultats	101 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> • Ring, N., Malcolm, C., Coull, A., Murphy-Black, T. & Watterson, A. (2005). Nursing best practice statements : an exploration of their implementation in clinical practice. <i>Journal of Clinical Nursing, 14</i>, 1048-1058. • Ring, N., Coull, A., Howie, C., Murphy-Black, T. & Watterson, A. (2006). Analysis of the impact of a national initiative to promote evidence-based nursing practice. <i>International Journal of Nursing Practice, 12</i>, 232-240. • Dogherty, E.J., Harrison M.B., Graham I.D., Digel Vandyk, A. & Keeping-Burke, L. (2013). Turning Knowledge Into Action at the Point-of-care : The Collective Experience of Nurses Facilitating the Implementation of Evidence-Based Practice. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing, 10:3</i>, 129-139. • Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. & Elliot Miller, P. (2007). Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation : Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing, 4</i>, 210-219

STRATEGIE 4

Banque de données	PubMed
Technique	Recherche termes Mesh
Termes Mesh utilisés	((« nursing staff »[Mesh]) AND « hospital » [Mesh]) AND « evidence-based nursing » [Mesh] AND «research-based practice» [Mesh]
Filtres	Nursing journals ; Humans ; 1999-2014 ; Full text
Résultats	101 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> • Thompson C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T.A., Mulhall, A. & Thompson D.R. (2001). The accessibility of research-based knowledge for nurses in United Kingdom acute care settings. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 36, 11-22. • Pepler, C.J., Edgar, L., Frisch, S., Rennick, J., Swiszinski, M., White, C., Brown, T. & Gross, J. (2006). Strategies to Increase Research-based Practice. <i>Clinical Nurse Specialist</i>, 20, 23-31.

STRATEGIE 5

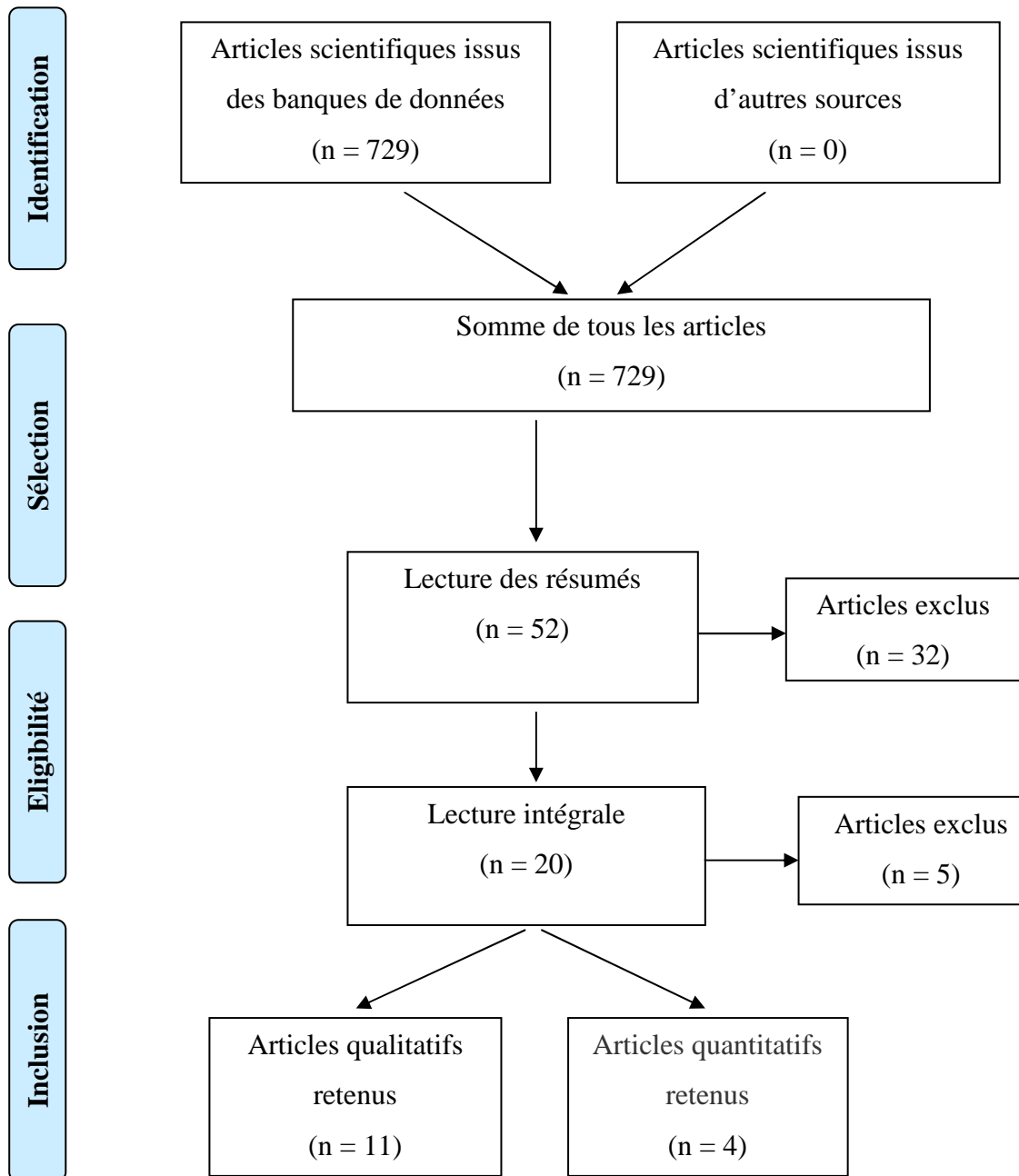
Banque de données	PubMed
Technique	Recherche termes Mesh
Termes Mesh utilisés	((« evidence » [Mesh]) AND « facilitation» [Mesh]) AND « evidence-based nursing » [Mesh]
Filtres	Nursing journals ; Humans ; 1999-2014 ; Full text
Résultats	62 articles

Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 13, 913-924.
-----------------------	--

STRATEGIE 6

Banque de données	PubMed
Technique	Recherche termes Mesh
Termes Mesh utilisés	((« nurses » [Mesh]) AND « knowledge » [Mesh]) AND « evidence-based practice » [Mesh] AND « needs assessment » [Mesh]
Filtres	Nursing journals ; Humans ; 1999-2014 ; Full text
Résultats	160 articles
Articles sélectionnés	<ul style="list-style-type: none"> Melnik Mazurek, B., Fineout-Overholt, E., Fischbeck Feinstein, N., Li, H., Small, L., Wilcox, L., Kraus, R. (2004). Nurses Perceived Knowledge, Beliefs, Skills, and Needs Regarding Evidence-Based Practice : Implications for Accelerating the Paradigm Shift. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i>, 1, 185-193.

2.7 DIAGRAMME PRISMA FLOW



Inspiré de PRISMA 2009 Flow Diagram (Moher & al., 2009).

3. RESULTATS

Après avoir parcouru les vingt articles sélectionnés, cinq d'entre eux ont été exclus (annexe 3). Ils étaient souvent intéressants et en lien avec la thématique de ce travail, mais ne correspondaient pas à la structure méthodologique souhaitée. En effet, ils ne contenaient pas les principales parties d'une recherche (état des connaissances, méthode, résultats, discussion).

Suite à cette exclusion, quinze articles étaient pertinents et ont donc permis une analyse minutieuse à l'aide de la grille de Loiselle reprise par Nadot et Bassal (2011). Voici un tableau récapitulatif des articles retenus :

Auteurs	Titre	Année	Pays	Devis
Clarke, H.F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., van der Wal, R. & Gundry, S.	Pressure ulcer: implementation of evidence-based nursing practice	2005	Etats-Unis	Qualitatif
Dogherty, E.J., Harrison, M.B, Graham, I.D., Diegel Vandyk, A. & Keeping-Burke, L.	Turning Knowledge Into Action at the Point-of- Care : The Collective Experience of Nurses Facilitating the Implementation of Evidence-Based Practice	2013	Canada	Qualitatif
Doran, D., Haynes, B.R., Estabrooks, C.A., Kushniruk,	The role of organizational context and individual nurse	2012	Canada	Qualitatif

A., Dubrowski, A., Bajnok, I., McGills Hall, M.L., Carryer, J., Jedras, D. & Bai, Y.Q.	characteristics in explaining variation in use of information technologies in evidence- based practice			
Gerrish, K., Clayton, J., Nolan, M., Parker, K. & Morgan, L.	Promoting evidence- based practice: managing change in the assessment of pressure damage risk	1999	Angleterre	Quantitatif
Melnyk Mazurek, B., Fineout- Overholt, E., Fischbeck Feinstein, N., Li, H., Small, L., Wilcox, L. & Kraus, R.	Nurses' Perceived Knowledge, Beliefs, Skills, an Needs Regarding Evidence- Based Practice: Implication for Accelerating the Paradigm Shift	2004	Etats-Unis	Qualitatif
Moore, Z. & Price, P.	Nurses' attitude, behaviours and percieved barriers towards pressure ulcer prevention	2004	Irlande	Quantitatif, transversal
Pepler, C., Frish, S., Swidzinski, M. & Brown, T.	Strategies to Increase Research-based Practice	2006	Canada	Qualitatif, étude de cas
Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N.,	Factors Influencing Best- Practice Guideline	2007	Canada	Qualitatif

Gifford, W. & Elliott Miller, P.	Implementation : Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders			
Ring, N., Malcolm, C., Coull, A., Murphy-Black, T. & Watterson, A.	Nursing best practice statements: an exploration of their implementation in clinical practice	2005	Ecosse	Qualitatif
Ring, N., Coull, A., Howies, C., Murphy-Black, T. & Watterson, A.	Analysis of the impact of a national initiative to promote evidence-based nursing practice	2006	Ecosse	Qualitatif
Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A.	An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice	2004	Royaume-Uni	Qualitatif
Sving, E., Indvall, E., Hoegderg, H. & Gunninberg, L.	Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study	2013	Suède	Quantitatif, transversal
Thiel, L & Ghosh, Y.	Determining Registered Nurses Readiness for	2008	Etats-Unis	Quantitatif, transversal

	Evidence-Based Practice			
Thompson, C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T.A., Mulhall, A. & Thompson, D.R.	The accessibility of research-based knowledge for nurses in United Kingdom acute care settings	2001	Royaume- Uni	Qualitatif, étude de cas
Van Herck, P., Sermeus, W., Jylha, V. & Michiels, D.	Using hospital administrative data to evaluate the knowledge- to-action gap in pressure ulcer preventive care	2009	Belgique	Qualitatif

Ces quinze recherches, effectuées entre 1999 et 2014 concernent toujours les infirmières et parfois d'autres professions du domaine de la santé. Quatre d'entre elles ont un devis quantitatif et onze ont un devis qualitatif. Cinq études ont un devis clairement exprimé mais seulement Sving et al. (2013) l'explicitent dans le titre. Tous les articles retenus ont une structure adaptée à une analyse minutieuse. Cependant, dans le résumé de Ring et al. (2006), les principales parties ne sont pas clairement nommées. Les problèmes de recherche ou hypothèses sont explicites dans tous les articles. Les cadres de références ne figurent pas toujours mais les concepts d'escarres, de prévention, de facilitation, de preuve et d'implémentation sont souvent présents et facilement identifiables. Le but des études est toujours clairement explicité et compréhensible et leur méthodologie est bien expliquée.

Concernant les précautions éthiques, quatre études contiennent les consentements des participants, les demandes au comité éthique et l'assurance de l'anonymat (Ring et al., 2005 ; Pepler et al., 2006 ; Ring et al., 2006 ; Sving et al., 2013). Cinq articles ont exigé le consentement des participants et ont fait une demande au comité éthique (Ploeg et al., 2007 ; Rycroft-Malone et al., 2004 ; Clarke et al., 2005 ; Dogherty et al., 2013 ; Doran

et al., 2012). Une étude a assuré l'anonymat et a demandé l'approbation d'un comité éthique (Moore & Price, 2004) et une autre a demandé un consentement aux participants et offert l'anonymat (Thiel & Ghosh, 2008). Pour finir, une étude a demandé l'aval d'un comité d'éthique (Thompson et al., 2001) et les trois dernières n'ont pas précisé avoir pris de précautions éthiques (Van Herck et al., 2009 ; Gerrish et al., 1999 ; Melnyk Mazurek et al., 2004).

Les articles sélectionnés décrivent généralement les limites de l'étude, excepté trois d'entre eux (Clarke et al., 2005 ; Thompson et al., 2001 ; Pepler et al., 2006). Une des limites relatées est un petit échantillon (Sving et al., 2013 ; Rycroft-Malone et al., 2004 ; Ring et al., 2005 ; Thiel & Ghosh, 2008). D'autres études relèvent un faible taux de réponses ou le fait que certains participants n'ont pas répondu à toutes les questions (Melnyk Mazurek et al., 2004 ; Doran et al., 2012 ; Moore & Price, 2004). Des biais sont plusieurs fois liés à la méthode de récolte de données car les entretiens peuvent amener des non-dits ou de mauvaises interprétations (Ring et al., 2005 ; Dogherty et al., 2013 ; Thiel & Ghosh, 2008 ; Rycroft-Malone et al., 2004). La généralisation des conclusions est difficile dans deux recherches (Van Herck et al., 2009 ; Thiel & Ghosh, 2008). Certaines infirmières étaient jeunes et peu expérimentées et travaillaient depuis peu de temps dans l'institution (Moore & Price, 2004 ; Dogherty et al., 2013). Les participants montraient parfois peu d'intérêt (Gerrish et al., 1999), alors que d'autres étaient impliqués dans des projets EBN et donc forcément intéressés par le sujet (Ring et al. 2005 ; Melnyk Mazurek et al., 2004). Ploeg et al. (2007) relèvent que certains des facteurs influençant l'implémentation n'ont pas été explorés.

Suite à l'analyse de ces articles, le fossé entre la recherche et son application dans la pratique s'est confirmé. Ces recherches ont permis de déterminer les éléments permettant d'identifier les facteurs ayant une influence sur l'implémentation de l'EBN.

En effet, les barrières et les facteurs aidants à l'implémentation de l'EBN dans les milieux de soins ont été mis en évidence par les chercheurs et plusieurs de ces facteurs étaient similaires. Ils ont donc été assemblés afin de former les sept catégories suivantes :

- Planification et évaluation
- Environnement
- Leadership
- Attitude et croyances
- Connaissance et formation
- Ressources
- Equipe de soins

3.1 PLANIFICATION ET EVALUATION

Pour favoriser le succès de l'implémentation, Dogherty et al. (2013) disent qu'il faut développer un plan d'action avec des délais précis. De plus, les participants de cette étude relèvent qu'il faut s'assurer que les ressources en matériel et en personnel soient suffisantes. Cependant, d'après Rycroft-Malone et al. (2004), plus de fonds et plus de ressources en personnel n'améliorent pas forcément le succès de l'implémentation car elles doivent être ciblées et dirigées (p.921).

Dogherty et al. (2013), soulignent que le succès de l'implémentation de l'EBP est potentialisé lorsque le problème de pratique est identifié par les infirmières elles-mêmes. Lorsqu'elles arrivent à formuler, identifier et comprendre un besoin de changement ou à identifier une question prioritaire dans leur pratique, elles sont plus motivées à participer à l'implémentation. Ring et al. (2005) citent dans leur discussion Feder et al., (1999) et Rycroft-Malone et al. (2002) qui disent que l'évaluation est importante pour mesurer l'efficacité clinique et pour identifier les pratiques dont la qualité doit être améliorée. Dans l'étude de Dogherty et al. (2013), les infirmières disent que les équipes qui engagent de l'énergie dans l'implémentation ont besoin d'en voir les résultats, alors que dans plusieurs cas elles relèvent un manque de suivi ou une évaluation inappropriée des résultats. Elles relèvent également le manque de durabilité dû à une diminution de l'enthousiasme avec le temps.

Selon Clarke et al. (2005) il est nécessaire d'avoir un programme d'implémentation qui inclut les rôles et les attentes de chaque équipe et de leur chef, qui identifie un cadre de référence pour intégrer des outils cliniques dans la pratique et qui apporte du soutien et des opportunités pour favoriser la participation des équipes dans la planification de stratégies d'EBP. Dans leur discussion, Clarke et al. (2005) ajoutent qu'il est nécessaire de procéder à une clarification des rôles et des responsabilités de l'équipe, des chefs d'unité et des leaders administratifs concernant l'implémentation de la pratique basée sur les preuves et l'identification de standards, notamment dans l'évaluation des risques d'escarres (p.587). Rycroft-Malone et al. (2004) montrent que dans les unités au sein desquelles les rôles ne sont pas clairement définis, l'implémentation est hétérogène (p.919).

Doran et al. (2012), dans leur étude sur l'implémentation de nouvelles technologies donnant accès aux ressources d'information, relèvent qu'il faut se concentrer sur la préparation organisationnelle pour l'innovation avant de commencer le processus d'implémentation (p.11, discussion). Thiel et Ghosh (2008) rajoutent qu'avant d'initier une implémentation de l'EBP, une évaluation du site devrait être faite afin de déterminer si les infirmières sont prêtes à entrer dans ce processus. L'évaluation doit contenir les besoins en informations, les connaissances et l'attitude des infirmières face à l'EBP. Dans leur discussion, ils ajoutent que les capacités à trouver et à utiliser des rapports de recherche sont importantes pour l'EBP et devraient donc être prises en compte lors d'une évaluation. Cette dernière donne d'importantes informations pour la planification de l'implémentation. Compte tenu du manque de personnel et de l'importante charge de travail, il est judicieux de s'organiser de la manière la plus efficace possible afin que l'amélioration de la qualité des soins guidés par des connaissances scientifiques soit continue (Van Herck, Sermeus, Jylha & Michiels, 2009).

Plusieurs recherches mettent en évidence le besoin de l'équipe d'obtenir un feed-back sur les performances (Ring et al., 2005 ; Ring et al., 2006) afin de valoriser le succès de l'implémentation (Dogherty et al., 2013).

3.2 ENVIRONNEMENT

Bien que l'EBP soit de la responsabilité de chaque infirmières, elle demande un environnement encourageant incluant du leadership et de l'engagement de la part des infirmières cheffes (Clarke et al., 2005, p.587). Dans l'étude de Melnyk Mazurek et al. (2004), les supports identifiés comme nécessaires à l'implémentation de l'EBP dans leurs institutions sont la formation et la connaissance ainsi que le soutien institutionnel.

Dans leur discussion, Rycroft-Malone et al. (2004), indiquent que l'introduction de la recherche dans la pratique requiert plus que d'identifier des preuves de haute qualité. Il est également nécessaire que le changement souhaité soit conforme aux structures et aux procédures organisationnelles. Lorsque l'innovation fait partie des priorités au niveau politique ou institutionnel, les détenteurs du pouvoir y sont intéressés et acceptent donc plus facilement les nouveaux projets. Pour que l'EBP devienne le standard dans la pratique, les politiques et les institutions de soins doivent le préconiser et exiger son utilisation (Melnyk Mazurek et al., 2004, discussion). Dans leur discussion, Ring et al. (2005) citent des auteurs qui suggèrent que les praticiens peuvent difficilement améliorer leur pratique sans une implication et un soutien institutionnel (Kitson, 1997) et un environnement soutenant (Barnsteiner, 1996).

Concernant la prévention des escarres, l'institution a pour responsabilité de s'assurer que les ressources nécessaires soient disponibles en donnant accès à la formation et en favorisant un environnement qui encourage le changement (Moore & Price, 2004).

3.3 LEADERSHIP

Les leaders, définis par Nutley, Percy-Smith et Solesbury (2003, in Ring et al., 2005, discussion) comme des personnes avec une influence particulière sur les croyances et les actions de leurs collègues¹⁴, peuvent saper le progrès de l'utilisation de recherches s'ils sont ambivalents ou hostiles.

Selon Rycroft-Malone et al. (2004), un leader doit avoir de l'enthousiasme, une approche positive et des capacités à diriger une équipe. Ils relèvent également qu'un

¹⁴ Traduction libre de : « individuals with particular influence on the beliefs and actions of their colleagues »

certain niveau de hiérarchie est nécessaire pour donner de la crédibilité au leader ainsi que de bonnes compétences de communication (p.919). Dogherty et al. (2013) complètent ces caractéristiques en disant que le leader doit connaître la façon de localiser les sources de preuves, de récolter les données et d'en faire une analyse critique.

« To encourage the use of evidence in nursing, specialist and PD nurses¹⁵ should be used as 'conduits' through which research-based messages for practice should flow »¹⁶ (Thompson et al., 2001, in Ring et al., 2006, p. 238).

Le rôle de leader est indispensable pour soutenir le personnel dans son processus de changement lors de l'implémentation d'un guideline (Ploeg et al., 2007). Dans leur discussion, Ring et al. (2005) soulignent que de nombreux auteurs ont déjà reconnu un leader crédible comme étant un facteur important dans le succès de l'implémentation (Thomas et al., 1999 ; CRAG, 2002 ; Rycroft-Malone et al., 2002 ; Nutley et al., 2003 ; Walter et al., 2003). Les participants de l'étude de Dogherty et al. (2013) relèvent que les efforts d'implémentation sont compromis s'il y a un manque de management ou de leadership pour supporter le changement. Rycroft-Malone et al. (2004) énoncent les tâches qui incombent au leader, c'est-à-dire, planifier et coordonner les audits, conduire des réunions, écrire des rapports, entretenir la cohésion d'équipe, intervenir pour régler les problèmes et communiquer les progrès aux équipes (p.919).

Pepler et al. (2006) visent à explorer le processus de facilitation dans l'utilisation des recherches et l'influence de la culture de l'unité sur la volonté du personnel à participer à l'implémentation des recherches dans la pratique. Ils constatent que les infirmières cliniciennes, par leurs actions, ont une influence sur le niveau d'utilisation des recherches dans les unités. Dans cette étude, certaines cliniciennes promeuvent l'implication des infirmières dans la recherche. Le fait de contribuer au processus de recherche renforce le sentiment d'efficacité et la participation des infirmières. Les auteurs constatent que, dans les unités ayant un haut niveau d'utilisation de recherche,

¹⁵ Infirmières nommées afin d'aider à développer la pratique des infirmières et d'encourager le changement.

¹⁶ Traduction libre : encourager l'utilisation de la preuve dans les soins infirmiers, les spécialistes et les infirmières de développement de pratique devraient être utilisées comme des «canaux» au travers desquels la recherche devrait s'écouler.

les cliniciennes stimulent la curiosité des infirmières et leur motivation à apprendre en questionnant certaines de leurs décisions et en évaluant leurs besoins d'apprentissage. Les infirmières cliniciennes stimulent la participation à des conférences et créent des sessions éducationnelles et des activités d'apprentissage. Des résultats similaires sont énoncés dans l'étude de Ring et al. (2005). De plus, Pepler et al. (2006) disent qu'il est important que les leaders encouragent les nouvelles idées et l'élaboration d'objectifs afin d'orienter les recherches et d'aider les infirmières à évoluer dans l'amélioration de la pratique. Ils soulignent également que les cliniciennes encouragent les infirmières à aller consulter les experts ainsi qu'à échanger leur expertise avec les membres d'autres disciplines, pour compléter la littérature trouvée. Finalement, les cliniciennes font pression auprès de l'administration, en s'appuyant sur la littérature, afin d'obtenir le matériel nécessaire pour leurs unités (Pepler et al., 2006). Des résultats similaires sont énoncés par Ploeg et al. (2007) et Rycroft-Malone et al. (2004). D'autres auteurs mettent en évidence l'importance du leadership pour convaincre l'institution de débloquer des ressources supplémentaires et initier les adaptations organisationnelles nécessaires au soutien du changement (Ring et al., 2005, discussion). Cependant, Caine et Kenrick (1997, in Gerrish et al., 1999, discussion) relèvent que les infirmières cheffes n'utilisent pas toujours leur influence pour faciliter l'organisation du développement de l'EBP.

Le potentiel de ce rôle est significatif mais il existe encore un manque de clarté du concept de leader de projet dans la littérature en général (Harvey et al., 2002, in Rycroft-Malone et al., 2004). Rycroft-Malone et al. (2004) remarquent que le langage utilisé par les interviewés pour décrire ce genre de personnes varie entre champion, agent de changement et facilitateur.

Dans la prévention des escarres, les leaders dans l'institution devraient mettre en place des stratégies pour faire de l'EBN une routine et les infirmières diplômées devraient assumer leurs responsabilités au lit du patient (Sving et al., 2013, discussion).

3.4 ATTITUDE ET CROYANCES

Thompson et al. (2001) cherchent à examiner, en temps réel et sur le terrain, l'utilisation de l'information dans la prise de décisions infirmières. Ils souhaitent également observer l'accessibilité des sources d'information utilisées par les infirmières. Les résultats montrent que les infirmières perçoivent la littérature comme un moyen de rester à jour concernant leur pratique. Elles reconnaissent les limites de la source humaine en relevant le risque que les connaissances de leurs collègues ne concordent pas, ou plus, avec la littérature (p.17).

Selon Dogherty et al. (2013), le fait d'impliquer les infirmières du terrain dans la conception d'un protocole ou d'un guideline est un moyen de les motiver à initier un changement. Le manque d'intérêt et donc d'engagement de l'équipe concernant un problème de pratique constitue un facteur d'implémentation négatif. Dans leur discussion, Gerrish et al. (1999) appuient ces propos en disant qu'il est important de susciter l'intérêt et l'implication des infirmières. Pour ce faire, ils relèvent qu'il est judicieux que les chercheurs présentent les résultats de manière compréhensible et qu'ils offrent aux infirmières la possibilité de discuter de l'intérêt d'une implémentation dans leur service. Un des moyens proposés par ces auteurs pour impliquer et responsabiliser les infirmières est de mener un audit afin de faire le point sur les pratiques en cours (p.361). Ceci est lié au propos de Ring et al. (2006) qui disent qu'il est important que le personnel et les leaders soient convaincus de la valeur des bénéfices découlant de l'implémentation (p.238). Ring et al. (2006) indiquent que presque tous les participants ont mis en évidence des bénéfices à l'utilisation des guidelines. Ils disent notamment qu'ils améliorent la qualité des soins et permettent de remettre l'accent sur les aspects fondamentaux de la pratique et qu'ils peuvent produire un changement local et promouvoir l'EBP. Les guidelines encouragent l'utilisation cohérente des bonnes pratiques et facilitent le travail en équipe car ils constituent une ressource pour planifier et délivrer les soins.

Dogherty et al. (2013), identifient des obstacles à l'implémentation des preuves dans la pratique. Certains participants parlent notamment de l'attitude négative à l'égard du processus d'implémentation de quelques membres de l'équipe, qui en affecte la réussite (p.134). Dans la même optique, les participants de la recherche de Ploeg et al. (2007)

évoquent le besoin de changer les attitudes négatives afin de pallier à la résistance des soignants au changement. Ces résistances sont souvent des réactions face aux barrières organisationnelles, notamment l'importante charge de travail, le renouvellement du personnel ou les changements institutionnels.

Une des barrières à l'implémentation identifiées par Melnyk Mazurek et al. (2004) et Ring et al. (2005) est la fermeture d'esprit concernant le changement de pratique chez certains soignants. La réticence et le manque d'enthousiasme peut compromettre l'impact des guidelines (Hayward & Moore, 1997, in Ring et al., 2005, discussion) et les infirmières utilisent plus facilement les recherches si elles ont une attitude positive envers celles-ci (Lacey, 1994, in Ring et al., 2005, discussion). Pepler et al. (2006) relèvent qu'une attitude positive dans l'équipe soutient l'implication dans la recherche. En effet, leurs résultats montrent que certains collègues soulagent la personne qui a besoin de temps pour la recherche en partageant les soins, car ils se rendent compte des efforts que cela demande. Ceci a pour conséquences d'encourager et de permettre à leurs collègues de s'engager dans un processus de recherche.

L'étude de Thiel et Ghosh (2008) effectuée dans un hôpital universitaire aux Etats-Unis cherche à déterminer si les infirmières de l'établissement sont prêtes pour l'implémentation de l'EBP. Les auteurs cherchent à identifier les forces et les obstacles avant la mise en place de l'EBP. Leurs résultats démontrent l'importance de l'attitude des infirmières dans la promotion de l'utilisation des preuves dans la pratique. Selon Melnyk (2005) et Melnyk et Fineout-Overholt (2005), si elles ne croient pas en la valeur de l'EBP, son implémentation peut être difficile (in Thiel & Ghosh, 2008, discussion).

Dans les soins aigus, certaines équipes renvoient tous les problèmes de plaies aux experts, par exemple aux stomathérapeutes, plutôt que de changer leur pratique en s'adaptant à un guideline (Clarke et al., 2005).

Sving et al. (2013), cherchent à comprendre les facteurs organisationnels ayant une influence sur la prévention des escarres basée sur des preuves. Cette étude, qui s'est déroulée en Suède, compare la prévention des escarres dans un hôpital universitaire et dans un hôpital général. Dans leur chapitre discussion, ils citent plusieurs auteurs

abordant la prévention des escarres. D'après Sving et al. (2012, in Sving et al., 2013), bien qu'il y ait un consensus dans le monde qui attribue aux infirmières diplômées la responsabilité d'effectuer la prévention des escarres, des études suédoises montrent que les infirmières diplômées délèguent les soins de peau et le repositionnement à des aides soignantes. De plus, elles ne font pas de la prévention des escarres une priorité (Athlin et al., 2010, Sving et al., 2012, in Sving et al., 2013). Cela peut être le signe d'une attitude négative envers les escarres (Beeckman et al., 2011, in Sving et al., 2013) ou d'une connaissance insuffisante de l'importance de la prévention basée sur des preuves pour assurer la sécurité du patient (Sving et al., 2013). Cependant, les résultats de Moore et Price (2004) montrent que les infirmières ont une attitude plutôt positive envers la prévention des escarres. 99% disent que la prévention des escarres est un besoin et qu'elles doivent s'y intéresser et 76% reconnaissent que la majorité des escarres pourraient être évitées.

3.5 CONNAISSANCE ET FORMATION

Le manque de connaissance est identifié dans plusieurs recherches comme une barrière à l'implémentation de l'EBN. Les résultats de Ring et al. (2006) montrent que 30% des infirmières ne savent pas comment accéder aux guides. Thiel et Ghosh (2008) ressortent également que la majorité des infirmières a de la difficulté à trouver des informations sur les bases de données électroniques (CINAHL, PubMed) malgré un bon niveau de connaissances en informatique. Les auteurs mettent donc en évidence l'utilité d'enseigner les méthodes de recherche dans les banques de données de la santé (p.187). Ils relèvent également que la connaissance est étroitement liée au le niveau de formation et aux années d'expériences.

Melnyk Mazurek et al. (2004), cherchent à décrire le niveau de connaissance et de croyance des infirmières concernant l'EBP ainsi qu'à mesurer à quel point leur pratique est basée sur des preuves. Leurs résultats montrent que les infirmières qui ont une meilleure connaissance de l'EBP basent plus souvent leurs soins sur des preuves. Dans leur discussion, les auteurs disent que l'engagement dans les démarches EBP est lié au niveau de connaissance et aux croyances. Ceci est appuyé par Thiel et Ghosh (2008) qui soulignent que le niveau de connaissance stimule la croyance en la valeur de l'EBP. Thompson et al. (2001, p.18) abordent également ce sujet et disent que les protocoles

sont souvent vus comme des outils d'éducation, de formation ou de révision plutôt qu'une technologie de soutien dans la prise de décision. Selon Melnyk Mazurek et al. (2004), le niveau de connaissance des infirmières est plus élevé chez les infirmières ayant un mentor qui partage ses savoirs avec elles (p.190).

Ring et al. (2006), dans leur discussion, évoquent l'importance de guidelines faciles à lire, sans jargon et statistiques compliquées pour encourager les soignants à les consulter (Oranta, Routasalo & Hupli, 2002 ; Hutschinson & Johnston, 2004 ; Kirshbaum, Beaver & Luker, 2004). Ils mettent en évidence la nécessité de présenter des recommandations claires pour les praticiens afin que leur intégration dans la pratique soit évidente (Oranta, Routasalo & Hupli, 2002 ; Hutschinson & Johnston, 2004)

La plupart des recherches évoquent le manque de formation comme une barrière à l'implémentation de l'EBN (Ring et al., 2005 ; Moore & Price, 2004 ; Ring et al., 2006 ; Doran et al., 2012). Dans leur discussion, Melnyk Mazurek et al. (2004) relèvent que les infirmières doivent recevoir des informations visant à renforcer leurs croyances concernant le fait que l'EBP améliore les soins et les résultats aux patients. Cela peut se faire à travers des ateliers interactifs qui augmentent leurs compétences et leurs connaissances de l'EBP. Thiel et Ghosh (2008, p.188), proposent d'autres moyens en disant que des articles, des livres et des boîtes à outils existent et offrent un contenu accessible pour l'enseignement de l'EBP. Ploeg et al. (2007) cherchent à décrire et à comparer la perception que le personnel soignant et les leaders de projet ont des facteurs qui influencent l'implémentation des guidelines. Ils relèvent qu'apprendre dans de petits groupes et à travers des interactions sociales est très utile (p.213). Selon Clarke et al. (2005), l'utilisation de vidéos éducatives est efficace (p.586).

Moore et Price (2004) soulignent, dans leur discussion, l'importance de la formation dans la prévention et le traitement des escarres. Elle a pour but de permettre aux infirmières de développer et de maintenir des compétences qui les aident à prendre des décisions cliniques basées sur de bonnes informations (An Bord Altranais, 2000b, in Moore & Price, 2004). Ils relèvent également qu'il est de la responsabilité de l'infirmière de maintenir un certain niveau de compétence afin de délivrer des soins de qualité.

3.6 RESSOURCES

Le manque de ressources est un problème qui ressort fréquemment. Certaines des ressources citées par Dogherty et al. (2013) peuvent être le temps, le personnel, l'équipement et les preuves.

TEMPS ET CHARGE DE TRAVAIL

Dans plusieurs études, le manque de temps et la charge de travail élevée sont décrits comme des barrières à l'implémentation de l'EBN. Selon Dogherty et al. (2013), elle demande beaucoup de temps et les infirmières disent ne pas en avoir suffisamment. L'étude de Clarke et al. (2005) cherche à évaluer, sélectionner et mettre en place des stratégies pour implémenter des guidelines dans les soins. L'implémentation d'un guideline demande aux soignants de développer des compétences informatiques et de mettre à jour leurs compétences cliniques. Pour ce faire, les infirmières relèvent qu'elles doivent prendre sur leur temps de travail. Selon Thompson et al. (2001), lorsqu'elles veulent accéder à une bibliothèque contenant de la littérature spécialisée, elles ne peuvent pas le faire durant leur service et doivent donc prendre sur leur temps libre.

Selon Dogherty et al. (2013), les équipes ont peu de temps pour lire les protocoles et donc pour en appliquer les recommandations. La charge de travail, en augmentant, compromet la capacité des membres de l'équipe à engager de nouvelles activités. Deux études évoquent l'importante charge de travail et la dotation en personnel comme étant des obstacles à l'implémentation des guidelines (Ploeg et al., 2007 ; Rycroft-Malone et al., 2004) qui peuvent engendrer des attitudes négatives envers cette dernière (Ploeg et al., 2007).

SOURCES HUMAINES

Plusieurs auteurs ont démontré que les soignants en quête d'informations se dirigent fréquemment vers une personne ayant potentiellement les réponses à leurs questions. En effet, selon Thompson et al. (2008, in Doran et al., 2012, discussion), les infirmières s'adressent plus facilement à des sources humaines comme source d'informations. Elles voient leurs collègues comme les plus utiles et les plus accessibles pour répondre à leurs interrogations. Les sources humaines fréquemment citées sont les infirmières

spécialisées. Selon Thompson et al. (2001), le fait de se référer aux infirmières spécialisées (p. ex. spécialistes en viabilité des tissus) est un comportement fréquent et commun pour prendre une décision. En plus d'être accessibles, elles représentent la source d'information la plus fiable pour certains soignants, notamment face à une plaie complexe. Une nuance est cependant faite par Gerrish et al. (1999) qui disent que les spécialistes sont souvent perçues comme les experts pouvant prendre les décisions concernant les escarres alors qu'il faudrait plutôt qu'elles forment les infirmières sur le lieu de travail. Ceci dit, les infirmières ne sont pas toujours réceptives à cette démarche.

Le fait d'avoir un mentor servant de modèle et aidant les infirmières à chercher des preuves, à les évaluer et à les utiliser dans la pratique est un facteur facilitant l'implémentation (Melnik Mazurek et al., 2004, p.190). Dans la même étude, 49% des participants affirment que le fait d'avoir eu un mentor a facilité leurs efforts concernant l'EBP (p.189).

ACCES AUX PREUVES

Tout comme l'accessibilité aux sources humaines, les infirmières voient les guidelines, les protocoles et les bases de données d'articles scientifiques comme relativement accessibles (Thompson et al., 2001). Thiel et Ghosh (2008) appuient ces propos en disant que 78% des infirmières affirment que les ressources donnant accès à la recherche sont adéquates ou plus qu'adéquates sur leur lieu de travail (p.185).

L'accès à la preuve est un élément important qui est relevé dans plusieurs études. Dogherty et al. (2013), décrivent l'importance d'avoir un soutien pour assister les infirmières dans la recherche de preuves et d'avoir un accès à la littérature plus aisé. Selon eux, la preuve doit être accessible et facile à utiliser. Rycroft-Malone et al. (2004) mettent en évidence que les infirmières assimilent la preuve à la recherche mais également à l'expérience clinique, à l'expertise et à d'autres sources de données comme les audits (p.197). Dans leur discussion, ils ajoutent qu'il est important d'avoir accès et d'utiliser une large base de preuves, pas uniquement issues de la recherche, mais également de réunions avec les leaders et de l'expérience des patients (p.920). Cela montre que les ressources sont présentes mais que les infirmières n'ont pas nécessairement conscience d'implémenter la recherche dans leur pratique (p.918).

Selon le « National Health Service Centre for Reviews and Dissemination» (1995, in Gerrish et al., 1999, discussion) peu de recherches affirment qu'une échelle d'évaluation des risques d'escarres a de meilleurs résultats auprès du patient que le jugement clinique des experts.

Dans leur étude effectuée au Royaume-Uni, Rycroft-Malone et al. (2004), cherchent à explorer les facteurs identifiés par les praticiens comme aidant l'implémentation des preuves dans la pratique. Ils relèvent que le manque de temps est considéré comme une barrière et peut être relié au manque de personnel. Cependant, de réelles difficultés peuvent être en relation avec le manque d'équipement. Par exemple, lors de l'implémentation de la technique d'hémodialyse dans un service de soins intensifs, les infirmières devaient commencer à intégrer cette pratique sans avoir de machine dans leur unité.

L'étude de Doran et al. (2012), porte sur l'utilisation de certains appareils informatiques comme par exemple des tablettes et des smartphones. Les résultats montrent que certaines infirmières n'emploient jamais ces appareils pour des raisons de temps, de difficultés d'accès, de manque de formation et de manque de disponibilité des appareils. Elles relèvent également que l'équipement ne fonctionne pas bien et qu'elles n'en ressentent pas le besoin (p.8). Dans leur discussion ils citent Randell et Dowding (2010) qui notent que l'engagement des cliniciens est l'élément clef de l'introduction réussie d'un support technologique soutenant les décisions cliniques. Ils disent également qu'il est nécessaire d'avoir des ressources et une formation adéquates.

3.7 EQUIPE DE SOINS

La collaboration et le soutien à l'intérieur d'une équipe est un facteur important d'implémentation des preuves dans la pratique (Dogherty et al., 2013 ; Moore & Price, 2004 ; Thompson et al., 2001). Le potentiel de changement devient plus fort lorsque plusieurs professions sont impliquées car la résistance de certains collègues peut être délétère (p.919). Il est important que les équipes de soins partagent un but commun (Ploeg et al., 2007). Il est nécessaire que l'implémentation soit une priorité dans l'équipe pluridisciplinaire (Ring et al., 2006) car un focus pluridisciplinaire est perçu comme augmentant les chances de succès de l'implémentation (Rycroft-Malone et al.,

2004). Rycroft-Malone et al. (2004) et Thompson et al. (2001) ajoutent qu'il semble important d'avoir un médecin partenaire qui souhaite travailler en pluridisciplinarité pour soutenir le projet de changement et pour qu'il soit accepté. Thompson et al. (2001) relèvent que les sources humaines sont plus utilisées si elles sont à proximité des unités qui ont besoin de soutien pour l'implémentation. Dans l'étude de Gerrish et al. (1999), un membre de l'équipe de recherche a été envoyé dans les services afin de travailler avec les différentes équipes dans le but de faciliter le changement dans la pratique (p.358).

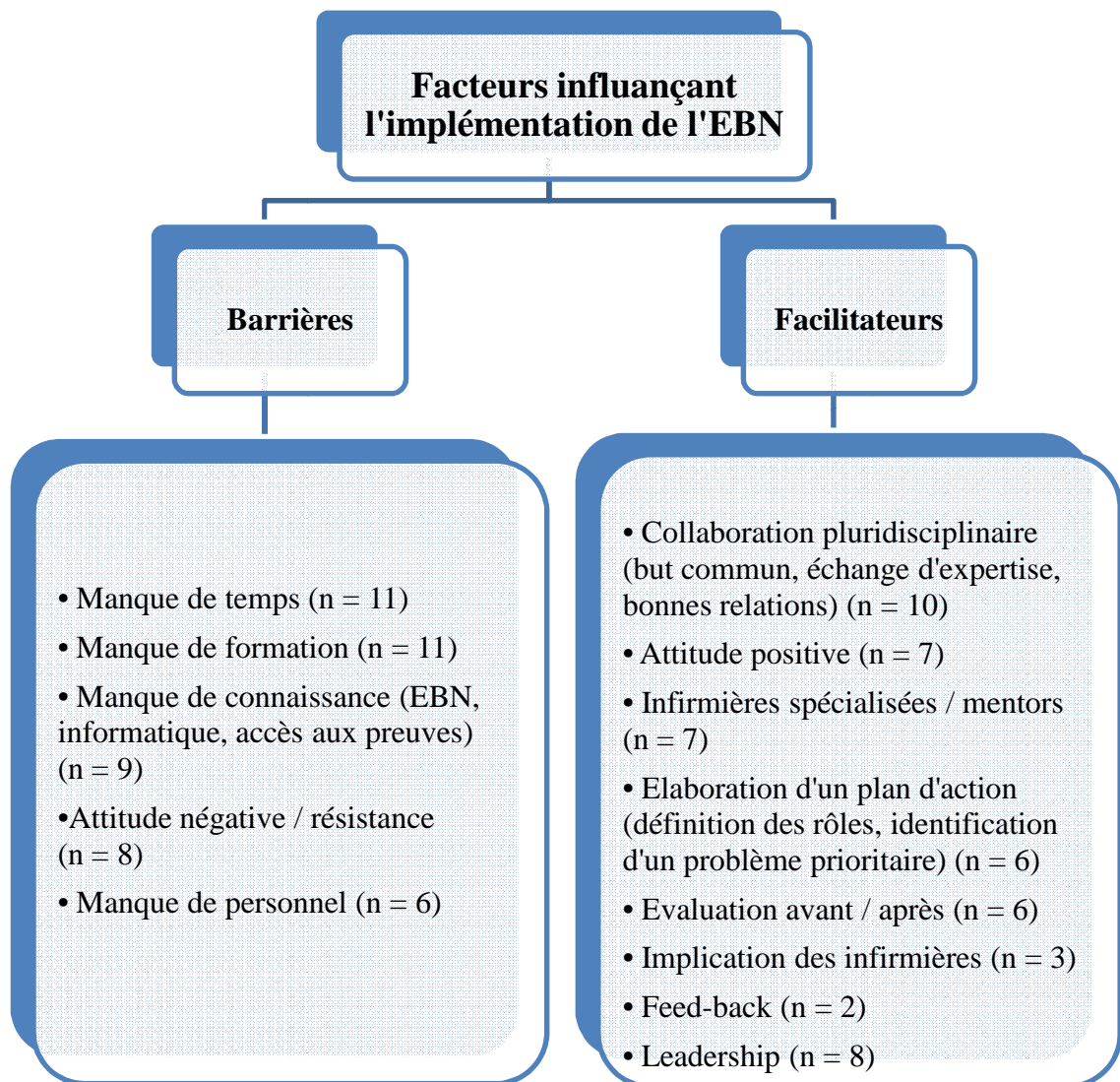
Dans leur discussion, Rycroft-Malone et al. (2004), citent Wood et al. (1998) qui indiquent que la nature des relations est une des clefs du processus de changement. Par exemple, si les relations sont bonnes, des moyens pour implémenter la recherche sont plus facilement développés. Par contre, selon Dopson et al. (2002, in Rycroft-Malone et al., 2004), le flux d'informations et de connaissances peut être inhibé par des relations conflictuelles. Dogherty et al. (2013) cherchent à déterminer la manière dont les infirmières articulent leur rôle et celui des autres pour faciliter l'EBP. Pour ce faire, l'échantillon était composé d'infirmières impliquées dans l'implémentation de l'EBP, dont des infirmières ayant de l'expérience dans la recherche et dans le développement de la pratique. Les résultats montrent que des conflits au sein de l'équipe pluridisciplinaire peuvent être négatifs pour l'implémentation de l'EBP.

La prévention des escarres est un problème pluridisciplinaire. Si tous les membres de l'équipe ne participent pas entièrement, les efforts des autres soignants sont alors vains (Moore & Price, 2004, p.948). Selon Clarke et al. (2005), l'amélioration de la communication pluridisciplinaire entre les membres d'une équipe favorise l'identification des problèmes reliés à la prise en charge des escarres (p.586). C'est pourquoi tout le personnel soignant devrait avoir les connaissances et les capacités concernant la prévention des escarres (Sving et al., 2013).

4. DISCUSSION

4.1 SYNTHÈSE DES RESULTATS

Après avoir mis en évidence les résultats, il ressort que certains facteurs peuvent influencer l'implémentation des preuves dans la pratique de façon positive ou de façon négative. Ils ont donc été classés sous formes de barrières et de facilitateurs, qui sont les termes fréquemment utilisés dans les recherches consultées.



4.2 ANALYSE CRITIQUE

LIMITES DES ARTICLES

Comme énoncé précédemment, les articles sélectionnés comprenaient certaines limites qui peuvent avoir eu une influence sur les résultats relevés.

Limites	Nombre d'article
Faible échantillon	n = 4
Méthode de récolte de données (biais éventuels)	n = 4
Population jeune et peu expérimentée	n = 2
Généralisation difficile	n = 2
Faible taux de réponses	n = 2
Certains facteurs influençant l'implémentation non explorés	n = 1
Population impliquée dans des projets EBN donc forcément intéressée par le sujet	n = 2
Peu d'intérêt des participants	n = 1
Limites non explicitées	n = 3

LIMITES ET APPRENTISSAGES DU TRAVAIL

Ce travail comporte également des limites. En effet, ceci est notre première expérience dans le domaine de la recherche. De plus, nous avons découvert la méthodologie d'une revue de littérature étoffée et avons dû en apprendre la démarche. Nous avons également dû nous familiariser avec le vocabulaire scientifique anglais afin de fournir des traductions fidèles et d'en ressortir des résultats probants. Il est donc possible que ce travail comporte des faiblesses. Comme l'exigeaient les critères d'inclusion, tous les

articles scientifiques ont été publiés entre 1999 et 2014 et traitaient des soins hospitaliers. De plus, la méthodologie des recherches respectait les critères recherchés dans la grille de Loïsele reprise par Nadot et Bassal (2011). Les études, toutes publiées en anglais, ont été effectuées dans divers pays (Etat-Unis, Royaume-Uni, Canada, Ecosse, Irlande et Belgique). Nous n'avons pas trouvé de recherche effectuée en Suisse, cependant nous constatons que la littérature relevée dans ces articles est similaire à celle utilisée pour établir notre état des connaissances. De ce fait nous estimons que les résultats sont souvent transférables dans le système de santé suisse. Une minorité de recherches se sont déroulées dans un contexte de soins aigus ainsi que dans d'autres contextes de soins. Par exemple, la recherche menée par Ring et al. (2006) se déroule dans des milieux de soins hospitaliers et communautaires. Nous nous questionnons donc sur le fait que certains des résultats récoltés soient moins spécifiques aux soins hospitaliers.

4.3 DISCUSSION DES RESULTATS

Les principaux résultats des recherches sélectionnées sont mis en évidence afin de les lier avec les cadres référence de prévention des escarres, d'EBN, de facilitation et de qualité des soins. Ceci a pour but d'émettre des hypothèses et d'élaborer des pistes d'action afin de répondre à la question de recherche suivante :

« Dans un contexte de soins aigus, quels sont les obstacles et les facteurs favorisant l'implémentation de pratiques infirmières basées sur des preuves dans la prévention des escarres ? »

Selon les chiffres de l'ANQ (2013), beaucoup d'escarres surviennent en milieu hospitalier. La prévention des escarres requiert des connaissances concernant les facteurs de risques ainsi que des surveillances et actions qui s'y rapportent. Selon Barrois, Colin et Desjobert (1995), l'infirmière joue un rôle central dans cette prévention et est responsable des actions mises en place. Cependant, malgré le rôle évident que joue l'infirmière dans cet aspect des soins, l'application de l'EBN dans la pratique est encore irrégulière, alors que selon Melnyk et Fineout-Overholt (2005), elle améliore la qualité des soins. Pourtant de nombreux guidelines sont diffusés, par exemple sur le site EPUAP (2014), mais ne sont pas nécessairement implémentés dans

la pratique. Leur efficacité a cependant été prouvée dans une étude de Sachorak et Drew (1998, in Clarke et al., 2005) étant donné que suite à l'implémentation d'un guideline, dans un service de soins aigus, le taux d'escarres a diminué de 82%. Maintenant, il s'agit de comprendre qui doit soutenir et diriger l'implémentation, quels sont les besoins et par quels moyens y arriver. C'est pourquoi la mise en évidence des facilitateurs et des barrières est importante afin de permettre une amélioration de la qualité des soins.

Selon Doran (2010), l'escarre est une composante de qualité des soins. Pour effectuer une prévention des escarres efficace et adaptée, il est nécessaire de se fier aux recommandations basées sur des preuves. Un des facteurs perçu comme facilitant l'implémentation de preuves dans la pratique est la collaboration pluridisciplinaire. L'échange d'expertise, les bonnes relations entre les membres de l'équipe et le soutien de l'équipe médicale peuvent faciliter le changement. Cela est appuyé par Melnyk & Fineout-Overholt (2005), qui disent que l'échange d'expertise fait partie de l'utilisation de preuves. Afin de favoriser les échanges entre les membres de l'équipe, des colloques pluridisciplinaires pourraient être organisés une fois par mois. Ceci aurait pour but de leur permettre d'échanger leur expertise sur un problème clinique ainsi que d'interagir afin de mieux se connaître. Est-ce réalisable de libérer certains membres d'une équipe étant donné le manque de temps déjà observé comme étant une barrière à l'implémentation et à la prévention des escarres ? La charge de travail élevée ou le manque d'intérêt peut rendre ces rencontres difficiles. Pour affaiblir cet obstacle, appuyer les bénéfiques pour l'équipe et les patients à l'aide de la littérature ainsi que mettre l'accent sur le fait qu'ils sont tous partie prenante au processus peut stimuler leur participation. Le leader joue un rôle central dans l'information et l'implication des équipes dans un projet d'implémentation et favorise une bonne collaboration pluridisciplinaire. Pepler et al. (2006) relèvent qu'un leader peut encourager les infirmières à aller consulter les membres d'autres disciplines ainsi qu'à participer aux projets les concernant.

Plusieurs études reconnaissent d'ailleurs l'importance du rôle de leader dans le soutien de l'implémentation de preuves. Selon Harvey et al. (2002), cette personne a pour mission d'aider les autres ou de faciliter l'implémentation. Pour cela, il doit avoir les

compétences et les connaissances pour rendre l'intégration des preuves dans la pratique professionnelle accessible. Rycroft-Malone et al. (2004) et Dogherty et al. (2013), appuient cela en disant qu'un leader doit être enthousiaste, avoir une approche positive, des capacités à diriger, de bonnes compétences de communication et des connaissances sur l'EBN. Les caractéristiques personnelles et la façon de travailler du facilitateur (leader) ont une influence importante sur l'utilisation de la recherche par les équipes (Harvey et al., 2002). Selon Pepler et al. (2006), le leader peut stimuler les infirmières et les motiver en questionnant leurs décisions et en évaluant leur besoins d'apprentissage. Ceci correspond au rôle de facilitateur développé par Harvey et al. (2002). Le manque de leadership a été prouvé comme étant délétère, cependant, dans la littérature, il existe encore un manque de clarté du concept de leader et du concept de facilitation. Ces concepts méritent d'être clarifiés dans de futures recherches afin de définir plus clairement son rôle et les tâches qui lui incombent. Quelqu'un doit prendre la responsabilité du projet d'implémentation. Cela revient-il à une personne ayant un mandat de l'institution ? Cette personne doit-elle être spécialisée dans les soins de plaies et cicatrisation ou uniquement dans l'EBN ? Une des solutions est d'attribuer ce rôle à une infirmière clinicienne. Elle serait en partie dans les soins et aurait du temps prévu à l'élaboration de stratégies avec l'équipe et serait ainsi disponible pour guider ses collègues. Cependant il faut rester attentif aux coûts importants que cela pourrait engendrer. Sving et al. (2013) ajoutent que c'est aux leaders de mettre des stratégies en place pour implémenter l'EBN et aux infirmières d'assumer leurs responsabilités au lit du patient. Selon Goulet et Dallaire (2002) il est de la responsabilité de l'infirmière de promouvoir la santé tout en prévenant la maladie et en soulageant la souffrance. Cette responsabilité fait partie du rôle et des devoirs de l'infirmière et elle doit se donner les moyens de trouver les informations nécessaires à une prévention optimale. Le leader peut encourager les infirmières mais c'est à chaque membre de l'équipe de s'investir afin d'éviter la pratique de soins obsolète qui altère la qualité des soins.

Toutefois, il n'est pas toujours aisé de trouver le temps pour remplir le devoir qu'ont les infirmières d'éviter les complications. La prévention des escarres prend du temps et demande parfois plusieurs soignants, par exemple lors du repositionnement (Moore & Price, 2004). Le standard d'experts sur la prophylaxie des escarres (2012) relève qu'une des actions de prévention est le repositionnement fréquent. En effet, selon EPUAP-

NPUAP (2014), une escarre peut se développer en moins de deux heures. La prévention demande donc du temps et peut être négligée lors de charge de travail importante ou de manque de personnel. Blegen et al. (1998) montrent que le nombre d'heures de soins prodigués par les infirmières diplômées est inversement proportionnel au taux d'escarres. Cela montre donc qu'il y a un lien direct entre le temps à disposition et les résultats pour le patient. Selon Ploeg et al. (2013), les infirmières ont beaucoup d'évènements auxquels s'adapter, sur lesquels s'ajoute l'implémentation de guidelines. Ceci peut créer de la résistance au processus d'implémentation. Cette observation soulève la question : les infirmières ayant déjà peu de temps pour faire la prévention des escarres ont-elles de la peine à adhérer à l'implémentation d'un nouveau guideline ? En effet, le manque de temps est identifié comme une barrière à l'implémentation des preuves dans la pratique par plusieurs auteurs. Une augmentation de la dotation en personnel pourrait diminuer cette barrière, cependant il semble difficile d'augmenter le personnel infirmier. De plus en plus d'Assisants-es en Soins et Santé Communautaire (ASSC) sont engagés par les institutions de soins et cela engendre des questions : est-ce dans un but d'économie ? Cela présage-t-il plutôt une diminution de la dotation en personnel infirmier ? Quelles conséquences pourrait-il y avoir et faudrait-il alors former les ASSC à la recherche de preuves ? Cependant, augmenter la dotation n'est peut-être pas la solution aux problèmes liés au manque de temps. Rycroft-Malone et al. (2004) disent qu'augmenter les ressources en personnel ne suffit pas au succès de l'implémentation de l'EBN dans la pratique. Le lien entre le manque de temps, le manque de personnel et l'implémentation de preuves mérite donc un approfondissement.

Pour pallier au manque de temps, certains collègues sont d'accord de partager les soins afin de permettre à certaines infirmières de s'impliquer dans la recherche (Pepler et al., 2006). Ceci démontre une attitude positive face à la recherche qui est souvent relevée comme un facteur facilitant son implémentation. Selon Ring et al. (2006), il est important que le personnel et les leaders soient convaincus de la valeur des bénéfices découlant de l'implémentation. Si le leader est une infirmière clinicienne, il est évident que son intérêt pour la recherche est présent et qu'elle en perçoit donc les bénéfices. Une des pistes pour stimuler les croyances en la valeur de l'EBP est d'en augmenter sa connaissance (Thiel & Ghosh, 2008 ; Melnyk Mazurek et al., 2004). Pravikoff et al.

(2005) relèvent que certains professionnels donnent peu de valeur à la recherche car ils ne comprennent pas le concept d'EBN et manquent de formation sur son utilisation. Melnyk Mazurek et al. (2004) proposent d'augmenter les compétences et connaissances de l'EBP à travers des ateliers interactifs. Concernant l'implémentation de preuves dans la prévention des escarres, elle serait simplifiée si les infirmières reconnaissaient l'utilité de la recherche au profit de leur pratique. Ceci peut se faire en questionnant les infirmières sur leur pratique et sur quelles connaissances elles se basent pour prendre leurs décisions afin de leur permettre de se remettre en question. Ces observations sur le terrain peuvent éventuellement mettre en évidence des problèmes de pratique dûs à des informations obsolètes. Comment parvenir à faire prendre conscience aux infirmières du besoin de preuves afin de prodiguer des soins de qualité ? Les ateliers interactifs cités ci-dessus peuvent être un outil adapté, cependant, cette question demande à être approfondie afin d'avoir un plus grand choix d'outils s'adaptant aux différents besoins de chaque équipe.

Pour pallier au manque de connaissance, des formations peuvent être proposées. En effet, le manque de formation est relaté comme une barrière à l'implémentation de l'EBN par plusieurs recherches. Le fait d'apprendre au sein de petits groupes et à travers des interactions sociales s'avère très utile (Ploeg et al., 2007). D'après le concept de facilitation, c'est à la personne remplissant le rôle de facilitateur de guider ces séances de groupe (Harvey et al., 2002). Il existe également des articles, des livres et des boîtes à outils qui offrent un contenu accessible pour l'enseignement de l'EBP (Thiel & Ghosh, 2008). Bien que la formation soit primordiale, elle soulève tout de même plusieurs questions : est-ce envisageable de libérer une infirmière pour se rendre à une formation ou de lui demander d'y assister hors de ses heures de travail ? Quels coûts de telles formations engendrent-elles ? Actuellement, certaines écoles incluent la formation à la recherche dans leur cursus, ce qui limite le nombre de personnel à former et sensibilise les étudiants à l'EBN avant leur entrée sur le terrain.

Un autre moyen pour augmenter le niveau de connaissance de l'EBP est d'avoir un mentor qui partage ses connaissances avec l'équipe et qui l'aide à rechercher des preuves, à les évaluer et à les utiliser dans la pratique (Melnyk Mazurek et al., 2004). Ce rôle pourrait être rempli par des infirmières spécialisées qui sont considérées, par

Thomson et al. (2001) comme la source d'information la plus utilisée. Ces propos se retrouvent chez Pravikoff et al. (2005) qui disent que la majorité des infirmières sont plus à l'aise de demander des informations à leurs collègues plutôt que de consulter la littérature. Melnyk et Fineout-Overholt (2005) disent que l'échange d'expertise est une des composantes de l'utilisation de la recherche, c'est pourquoi les infirmières spécialisées pourraient être utilisées comme source de preuve.

Moore et Price (2004) mettent en évidence l'importance de l'éducation concernant la prévention des escarres. Ils relèvent les propos de « An Bord Altranais »¹⁷ (2000b) qui dit que le but de la formation est de développer des compétences afin de prendre des décisions cliniques basées sur des preuves. Il est de la responsabilité de l'infirmière de maintenir un certain niveau de compétences afin de délivrer des soins de qualité (Moore & Price, 2004). Il semble important que les équipes aient accès à des formations ou à une éducation non seulement pour mettre à jour leurs connaissances concernant la prévention des escarres mais également pour acquérir de nouvelles compétences pour accéder à l'EBN ainsi que pour l'utiliser dans leur pratique. Ceci est appuyé par Nadot (in Busset, Gross & Nadot, 2013) qui met en évidence le fait que les infirmières doivent avoir des connaissances de physiopathologie, d'anatomie et de méthodologie de la recherche.

Il est important de susciter l'intérêt des infirmières car leur implication est un facteur favorisant le succès de l'implémentation de preuves. Gerrish et al. (1999) relèvent que pour motiver les infirmières, il est utile d'offrir des sessions de discussion avec les chercheurs sur l'intérêt d'une implémentation dans leur service. De plus, selon Dogherty et al. (2013), le fait d'impliquer les infirmières directement dans la conception du guideline est un moyen de les motiver. Plusieurs auteurs s'accordent à dire que le fait de s'engager dans les démarches EBN renforce le sentiment d'efficacité et engendre donc de la satisfaction chez les soignants (Maljanian et al., 2002, Strout, 2005, in Melnyk & Fineout-Overholt, 2005 ; Pepler et al., 2006). Afin de stimuler la participation, il est important qu'un leader encourage les nouvelles idées afin de motiver l'équipe à se questionner sur sa pratique (Pepler et al., 2006). Cette participation est

¹⁷ Conseil irlandais des infirmiers et des sages-femmes. Il procure la formation pour les infirmiers ainsi que les étudiants infirmiers et tient un registre des infirmiers diplômés (An Bord Altranais, 2014).

indispensable, puisque sans une mise à jour régulière des connaissances à l'aide de l'EBN, la pratique n'est rapidement plus d'actualité et cela peut avoir des conséquences sur le patient (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005).

L'implication des infirmières dépend également de l'attitude qu'elles adoptent envers l'EBN. En effet, les infirmières ayant une attitude positive utilisent plus facilement les recherches dans leur pratique (Lacey, 1994, in Ring et al, 2005) alors que la réticence au changement et le manque d'enthousiasme peut compromettre le succès de l'implémentation de preuves (Hayward & Moore, 1997, in Ring et al., 2005). Comment favoriser une attitude positive envers l'EBN ? Un guideline attractif et clair pourrait favoriser une attitude positive et donner envie de consulter les preuves. Ring et al. (2006) soulignent l'importance de guidelines faciles à lire et à comprendre car ceci encourage les soignants à les consulter et à les utiliser. Le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) a donné une conférence sur les itinéraires cliniques durant le congrès de l'Association Suisse des Infirmières (ASI). Les conférenciers ont expliqué que cela consiste en une marche à suivre se basant sur des preuves et incluant le rôle et les tâches de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire. Ces itinéraires ont pour but d'uniformiser la pratique et d'améliorer la qualité des soins. Ce genre de projets peut être un moyen d'intégrer les preuves dans la pratique par leur accessibilité et leur facilité d'utilisation.

Etablir un plan d'action peut également favoriser le succès de l'implémentation des preuves dans la pratique. Ceci consiste à définir les rôles, notamment à désigner des leaders responsables de l'implémentation ainsi qu'à identifier les attentes de chaque intervenant (Clarke et al., 2005). Des réunions entre les personnes impliquées dans la recherche et les équipes pourraient aider à définir les rôles et permettre à chacun d'exprimer son opinion sur le changement souhaité. Il faut également s'assurer que les ressources en personnel et en matériel soient suffisantes (Dogherty et al., 2013). L'aspect financier est également à prendre en compte lors de l'évaluation car engager du personnel spécialement pour l'implémentation peut engendrer des coûts que l'institution doit pouvoir assumer. Il est pourtant avantageux d'investir dans l'implémentation de la recherche car une bonne prévention des escarres basée sur des preuves diminue le taux d'escarres et donc les coûts qui en découlent.

Dans les établissements de soins, il est préférable que le problème prioritaire soit identifié par les infirmières elles-mêmes (Dogherty et al., 2013). Gerrish et al. (1999) proposent d'utiliser les audits comme moyen pour identifier les pratiques qui doivent être améliorées. Ce pourrait être un bon outil pour faire prendre conscience aux infirmières des changements à opérer. A cela s'ajoute une évaluation du contexte avant l'implémentation qui permet de déterminer les besoins, les connaissances et l'attitude des infirmières face à l'EBP (Ring et al., 2005). Une évaluation permettrait de déterminer les aspects sur lesquels agir pour faciliter l'implémentation. A qui revient la responsabilité d'effectuer une telle évaluation ? Est-ce au leader ? Est-ce à l'infirmière cheffe d'unité ? Est-ce à un comité de recherche institutionnel ? Ceci mériterait donc d'être approfondi.

Les personnes qui se sont investies dans un programme d'implémentation ont besoin d'en voir les résultats grâce à une évaluation de ces derniers (Dogherty et al., 2013). Les équipes évoquent la nécessité d'avoir un feed-back sur leurs performances afin de valoriser une implémentation réussie (Ring et al., 2005 ; Ring et al., 2006). Il serait également pertinent de faire un feed-back aux équipes lors d'une implémentation difficile afin d'identifier avec elles des stratégies pour surmonter les obstacles. La personne idéale pour remplir cette fonction semble être le leader, de par ses capacités de communication et son engagement au sein de l'équipe.

Les résultats qui ressortent des recherches utilisées dans ce travail, concordent avec ceux du projet « Focus Escarre » (De Maria et al., 2011) énoncé dans l'état des connaissances. Ce dernier avait en effet pour but d'identifier les facteurs ayant une influence sur l'utilisation des résultats de l'EBN par les professionnels. Il en est ressorti six : le contexte, le leadership, l'évaluation, l'expérience clinique, l'expérience du patient et la documentation. Ces différents points ressortent dans cette revue de littérature, à l'exception de l'expérience du patient qui a été relevée par un auteur mais qui n'a pas été approfondie dans ce travail. Selon Rycroft-Malone (2004, in De Maria et al., 2011), il est important d'inclure le patient dans le processus d'implémentation en prenant en compte son avis et en collaborant avec lui. Le patient est au centre de la prise en charge et il est donc primordial de l'impliquer dans l'implémentation de preuves dans un milieu de soins car il est essentiel de par les informations qu'il peut apporter et

les actes qu'il peut effectuer. Dans le contexte des escarres, lorsque le patient est pris en compte, cela améliore sa coopération dans l'utilisation des moyens appropriés de prévention (Campbell et al., 2010, in De Maria et al., 2011). Les auteures se sont ensuite demandées comment favoriser l'application des résultats scientifiques dans les lieux de soins. De cette réflexion ont émergé six interventions possibles ayant une influence : la didactique et les objectifs de formation, les outils, tenir compte des caractéristiques spécifiques, la qualité des résultats probants, l'agent facilitateur et les personnes impliquées ainsi que le devis d'implémentation (De Maria et al., 2011). Certaines des interventions proposées par De Maria et al. (2011) semblent être en accord avec les pistes d'action qui ont émergé de cette revue de littérature étoffée. En effet, De Maria et al. (2011) proposent, entre autre, de définir un leader de projet, d'assurer les ressources et la formation nécessaires et de donner du sens au changement.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis de nous familiariser avec la recherche et de développer notre esprit critique. Nous nous sommes rendues compte à quel point il est important de se baser sur les preuves car la profession infirmière est en perpétuel changement et une mise à jour régulière des connaissances est indispensable pour prendre les meilleures décisions. De nombreuses barrières et facteurs favorisant ont été identifiés, cependant, il reste encore difficile d'implémenter l'EBN dans la pratique, étant donné le nombre d'escarres apparaissant encore en milieu hospitalier. Les barrières identifiées dans ce travail sont le manque de formation, les attitudes négatives et la résistance, le manque de temps, le manque de connaissance et le manque de personnel. Les facteurs favorisant relevés sont le leadership, la collaboration pluridisciplinaire, la présence d'infirmières spécialisées et de mentors, l'élaboration d'un plan d'action, l'évaluation avant et après implémentation, l'implication des infirmières, les attitudes positives et les feed-back à l'équipe. Des pistes d'action découlant des articles scientifiques ont été formulées dans le but de réduire le fossé entre la recherche scientifique et la pratique. Les principales pistes d'action concernent l'importance de définir un leader dont le rôle inclut de nombreuses responsabilités, la nécessité d'avoir la connaissance et la formation adéquates concernant l'EBN et la prévention des escarres, l'amélioration de la collaboration pluridisciplinaire et l'implication des infirmières dans le processus d'implémentation. Malgré ces pistes d'actions, certaines interrogations demeurent, telles que : A qui attribuer le rôle de leader ? Comment organiser des formations adéquates ? Comment gérer les coûts engendrés par l'implémentation ? Cette thématique demande donc encore à être explorée afin de trouver des solutions efficaces et transférables dans différents milieux de soins pour aller vers une utilisation universelle des preuves dans la pratique.

BIBLIOGRAPHIE

- Alliance pour la santé en Suisse. (2008). La nouvelle loi sur la prévention. Accès : http://www.alliancesuissesante.ch/images/stories/pdfs_franz/argumentaire_loi_sur_prevention.pdf [Page consultée le 13 avril 2013]
- An Bord Altranais. (2014). Role of the board. Accès : http://www.nursingboard.ie/en/role_of_board.aspx
- ANQ. (2013). Mesure de la prévalence chutes et escarres. Accès : <http://www.anq.ch/fr/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus/> [Page consultée le 3 Avril 2013]
- Barois, B., Colin, D. & Desjobert, S. (1995). *L'escarre – évaluation et prise en charge*. Paris : Frison-Roche.
- Campbell, K.E., Woodbury, M.G. & Houghton, P.E. (2010). Implementation of the best practice in the prevention of heel pressure ulcers in the acute orthopedic population. *Int Wound* 2010, 7, 28-40.
- CEBAM. (2013). Qu'est-ce qu'une recommandation de bonne pratique? Accès : <http://www.cebam.be/fr/Richtlijnen/Pages/Wat-zijn-richtlijne.aspx>
- Clarke, H.F., Bradley, C., Whytock, S., Handfield, S., van der Wal, R. & Gundry S. (2005). Pressure ulcers : implementation of evidence-based nursing practice. *Journal of Advance Nursing*, 49, 578-590.
- Comfort, E.H., Reducing Pressure Ulcer Incidence through Braden Scale Risk Assessment and Support Surface Use. *Advances in Skin and Wound Care*, 21 :7, 330-333.
- ConvaTec. (2013). Stades de l'escarre. Accès : <http://france.convatec.com/fr/cvtfr-stagespu/cvt-entsngcol/0/detail/0/2941/6427/stades-de-lescarre.aspx> [Page consultée le 4 avril 2013].

- De Maria, J., Dubey, C. & Lilla, M. (2011). *Implémentation et évaluation d'un projet clinique de soins*. (Projet clinique pilote « Focus Escarre »), IUFRS, Université Lausanne.
- Dogherty, E.J., Harrison M.B., Graham I.D., Digel Vandyk, A. & Keeping-Burke, L. (2013). Turning Knowledge Into Action at the Point-of-care : The Collective Experience of Nurses Facilitating the Implementation of Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10:3, 129-139.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes : The State of the Science*. Sudbury : Jones & Bartlett Learning.
- Doran, D., Haynes, B.R., Estabrooks, C.A., Kushniruk, A, Dubrowski, A., Bajnok, I., McGillis, L., Li, M., Carryer, J., Jedras, D., & Bai, Y.Q. (2012). The role of organizational context and individual nurse characteristics in explaining variation in use of information technologies in evidence based practice. *Implementation Science*, 7 :122, 1-14.
- Dupuy, M. (1999). L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. Accès : http://www.unaformec.org/CDRMG/cederom_ol/reco/anaes/audi_99.pdf [Consulté le 17 juin 2014]
- EPUAP & NPUAP. (2014). Prévention des escarres – Guide de référence abrégé. Accès : http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_French.pdf. [Consulté le 21 Mars 2013].
- EPUAP. (2014). European Pressure Ulcer Advisory Panel. Accès : <http://www.epuap.org/> [Page consultée le 1 juin 2014].
- Escarre.fr. (s.d.). Comment évaluer les risques. Accès : <http://www.escarre.fr/prevention/evaluation-des-risques/comment-evaluer.php> [Page consultée le 1 juin 2014]

- Ferlay O., Vuagnat, H., Donnat, N., Jetzer, J. (2006). Nutrition et escarres. Accès : http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/technique_soins/pdf/nutrition_escarre_sept06.ppt
- Gerrish, K., Clayton, J., Nolan, M., Parker, K. & Morgan, L. (1999). Promoting evidence-based practice : managing change in the assessment of pressure damage risk. *Journal of Nursing Management*, 7, 355-362.
- Goulet, O. & Dallaire, C. (2002). *Les soins infirmiers : Vers de nouvelles perspectives*. gaëtan morin : Montréal.
- Harvey G., Loftus-Hills, A., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Kitson, A., McCormack, B. & Seers K. (2001). Getting evidence into practice : the role and function of facilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 577-588.
- Hesbeen, W. (1997). Prendre soin à l'hôpital – inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : Masson.
- Holzer, R., Delville, R., Nicodet, C., Rappo, S., Scrima, K., Utikal, M., Waeber-Mengis, A. & Eicher, M. (2012) *Traduction du préambule, du standard et des commentaires de « Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 1. Aktualisierung »* (traduction). Fribourg.
- HUG, Hôpitaux Universitaires de Genève. (2013). Escarres : recommandations de prévention. Accès : http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/technique_soins/pdf/Recommandations.pdf [Page consultée le 1 juin 2014]
- HUG, Hôpitaux Universitaires de Genève. (2013). Evaluation du risque/FRAGMENT. Accès : http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/technique_soins/pdf/fragment.ppt
- HUG, Hôpitaux Universitaires de Genève. (2013). Tableau récapitulatif des matelas et lits de prévention des complications liées à l'alitement. Accès : http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/technique_soins/pdf/tabelitsp-052.pdf

- Larousse. (2014). Dictionnaire de Français. Accès : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Loiselle, C. G. & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières – Approches quantitatives et qualitatives. Québec : ERPI.
- Maladie de Verneuil. (2013). Structure de la peau. Accès : http://www.afrh.fr/la_maladie_de_verneuil_ou_h/structure_de_la_peau.html [Page consultée le 21 mars 2013].
- Melnik Mazurek, B., Fineout-Overholt, E., Fischbeck Feinstein, N., Li, H., 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, 1*, 185-193.
- Melnik Mazurek, B. & Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare - A Guide to Best Practice*. Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Moore, Z. & Price, P. (2004). Nurses' attitude, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. *Journal of Clinical Nursing, 13*, 942-951.
- Morin, D. (1997). Génériques ou spécifiques : réflexion critique sur les indicateurs de résultats en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers, 49*, 67-73.
- Nadot, M. (2013). Le premier modèle conceptuel en science infirmière de l'Europe francophone. In Busset, F., Gross, J. & Nadot, M. (Coord.). *L'activité infirmière : Le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable (pp. 1-144)*. Paris : De Boeck-Estem.
- Nestrigue, C. & Or, Z. (2011). Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital : Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. *Questions d'économie de la santé, 171*, 1-8.

- OMS. (1999). Glossaire de la promotion de la santé. Accès : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67245/1/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf [Page consultée le 13 avril 2013].
- Pepler, C.J., Edgar, L., Frisch, S., Rennick, J., Swiszinski, M., White, C., Brown, T. & Gross, J. (2006). Strategies to Increase Research-based Practice. *Clinical Nurse Specialist*, 20, 23-31.
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. & Elliot Miller, P. (2007). Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation : Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4, 210-219
- Pravikoff, D.S., Tanner, A.B. & Pierce, S.T. (2005). Readiness of U.S. Nurses for Evidence-Based Practice. *AJN*, 9, 40-50.
- Reinke, J.M. & Sorg, H. (2012). Wound Repair and Regeneration. *ESR*, 49, 35-43.
- Ring, N., Malcolm, C., Coull, A., Murphy-Black, T. & Watterson, A. (2005). Nursing best practice statements : an exploration of their implementation in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1048-1058.
- Ring, N., Coull, A., Howie, C., Murphy-Black, T. & Watterson, A. (2006). Analysis of the impact of a national initiative to promote evidence-based nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 232-240.
- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 913-924.
- Sliwka, C. & Delmas, P. (2009). Profession infirmière : quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ? Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Soins-infirmiers.com. (2008). La prévention de la santé selon l'OMS. Accès : http://www.soins-infirmiers.com/prevention_de_la_sante.php [Page consultée le 10 avril 2013].

- Sving, E., Idvall, E., Högberg, H. & Gunningberg, L. (2013). Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.09.077>.
- Swissweb santé publique. (2014). Accès : <http://www.prevention.ch/accueil.htm> [Page consultée le 1 juin 2014].
- Thiel, L. & Ghosh, Y. (2008). Determining Registered Nurses' Readiness for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5, 182-192.
- Thompson C., McCaughan, D., Cullum, N., Sheldon, T.A., Mulhall, A. & Thompson D.R. (2001). The accessibility of research-based knowledge for nurses in United Kingdom acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 11-22.
- Van Herck, P., Sermeus, W., Jylha, V., Michiels, D. & Van den Heede, K. (2008). Using hospital administrative data to evaluate the knowledge-to-action gap in pressure ulcer preventive care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 375-382.
- Wenner, M., (1999). Comment et pourquoi devient-on infirmière. Paris : Seli Arslan.

ANNEXES

ANNEXE 1 : DECLARATION D'AUTHENTICITE

« Nous déclarons avoir rédigé nous-mêmes le contenu de ce travail. Les références utilisées dans cette revue de littérature étoffée sont nommées conformément aux normes en vigueur (APA 6^{ème} édition). »

Dufour Isabelle et Berset Karine

ANNEXE 2 : GRILLES D'ANALYSE CRITIQUE

Approche qualitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu Clair*	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ? -Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches				

	antérieures) ?				
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ? -Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ? -Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				

Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?				
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la				

	discipline infirmière ?				
--	-------------------------	--	--	--	--

Loiselle (reprise par Nadot & Bassal 2011)

Approche quantitative

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?				
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?				
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?				
Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?				

Devis de recherche					
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?				
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?				
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?				
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?				
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?				
Discussion	-Les principaux résultats sont-ils interprétés				

Intégration de la théorie et des concepts	à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				

Loiselle (reprise par Nadot & Bassal 2011)

ANNEXE 3 : ARTICLES EXCLUS

- Marchionni, C. & Ritchie, J. (2008). Organizational factors that support the implementation of nursing Best Practice Guideline. *Journal of Nursing Management*, 16, 266-274.
- Harrison, M.B. & Graham, Y.D. (2012). Roadmap for a Participatory Research-Practice Partnership to Implement Evidence. *Worldview on Evidence-Based Nursing*, doi :10.1111/j.1741-6787.2012.00256.x
- Flordgren, G., Rojas-Reyes, M.X., Cole, N. & Foxcroft, D.R. (2012). Effectiveness of organizational infrastructures to promote evidence-based nursing practice (Review). *The Cochrane Library*. Issue 2.
<http://www.thecochranelibrary.com>
- Jankowski, I.M. & Morris Nadzam, D. (2011). Identifying Gaps, Barriers, and Solutions in Implementing Pressure Ulcer Prevention Programs. (2011). *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37 : 6, 253-264.
- Shaffer, S.T., Zarnowsky, C.D., Green, R.C., Chen Lim, M.-L., Holtzer, B.M. & Ely, E.A. (2013). Strategies from Bedside Nurse Perspectives in Conduction Evidence-based Practice Projects to Improve Care.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2013.01.004>

ANNEXE 4 : ANALYSES CRITIQUES DES RECHERCHES

ANALYSE 1 : CLARKE, H. F., BRADLEY, C., WHYTOCK, S., HANDFIELD, S., VAN DER WAL, R. & GUNDRY S. (2005)

Pressure ulcers : implementation of evidence-based nursing practice / Approche qualitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idée générale, problème de recherche</u>: implémentation de l'EBN dans la pratique concernant les escarres.</p> <p><u>Auteurs</u> : Sous le titre, avec mention de leur titre professionnel et des institutions dans lesquelles ils travaillent</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : Le résumé contient les principales parties (état des connaissances, méthode, résultats, conclusion)</p> <p><u>Synthèse</u> : Bonne synthèse de l'article</p> <p><u>Mots clefs</u>: soins, evidence-based nursing, guidelines, implémentation, escarre</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: Acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du problème	<p><u>Problème de recherche</u> : les escarres sont un problème majeur des établissements de soins. Ils coûtent cher et sont douloureux. Avec le vieillissement de la population et la finesse des maladies qui augmente, il faut s'attendre à ce que la prévalence des escarres continue d'augmenter (Alterescu 1989 ; AHCPR 1994).</p> <p>La prévention des escarres basée sur des preuves et des guidelines de traitement sont disponibles depuis des décennies, mais ils sont souvent ignorés dans la pratique clinique.</p> <p>Promouvoir l'utilisation des guideline de pratique clinique dans de nombreuses institutions est plus complexe que de faire au sein d'une institution individuelle.</p> <p>Des recherches ont été effectuées sur les challenges associés à l'implantation des guidelines mais il existe peu de</p>

	<p>preuves empiriques de l'efficacité d'une implantation de guideline à une large échelle.</p> <p>Les challenges sont la qualité des guidelines, les caractéristiques des professionnels de la santé, les motivations, les réglementations et les facteurs des patients. P.579 Les stratégies d'implémentations doivent surpasser ces challenges en comprenant les forces et les variables influençant la pratique et en utilisant la méthode basée sur la pratique et la communauté (faire ensemble) plutôt que la méthode didactique (Davis & Taylor-Vaisey, 1997 ; Dopson et al. 2001).</p>
Recension des écrits	<p>Les études sur la prévalence et l'incidence des escarres documentent l'ampleur du problème et peuvent être utilisées pour évaluer l'efficacité des interventions à visée de prévention and /ou de traitement. En 1994, l'US Agency for Health Care Policy and Research a reporté la prévalence et l'incidence dans plusieurs settings (AHCPR, 1994).</p> <p>Les résultats d'une étude de prévalence conduite dans un grand hôpital universitaire du Canada (Harisson et al. 1996) révèlent un taux de prévalence similaire à ceux reportés aux US et dans d'autres recherches canadiennes (Bradley & Van der Wal 1995). Ces taux sont inacceptables étant donné l'efficacité démontrée des programmes d'intervention (en soins aigus : prévalence de 17% avant le programme et 3% après le programme → diminution de 82 % des escarres !! Sachorak & Drew, 1998) P.580.</p> <p>Le haut taux de prévalence et d'incidence, couplé avec le coût du traitement constituent un fardeau pour le système de santé. Il est prouvé que la présence d'une escarre peut augmenter jusqu'à 50 % le temps de travail de l'infirmière et le coût du traitement par ulcère est de US\$ 10'000 à US\$ 86'000, avec une moyenne de US\$ 27'000 (Allman et al. 1986, Greenberg et al. 1990). P.580</p> <p>La réduction de la prévalence et de l'incidence des escarres demande l'identification des patients à risque suivi de l'identification de la meilleure prévention ou du meilleur traitement possible. Une recherche a montré que la prévention et le traitement des escarres sont plus efficaces lorsque des soins basés sur des preuves sont prodigués (Bankert et</p>

al.1996).

Pour obtenir des résultats, les guidelines doivent être implémentés avec succès – un processus dépendant de beaucoup de facteurs incluant l'éducation ; la volonté de changer sa pratique clinique ; la disponibilité des ressources ; du personnel approprié ; l'équipement ; des moyens et du soutien administratif. L'implémentation doit être une priorité pour l'institution et pour les individus donnant des soins P.580 L'implantation des guidelines dans toutes les institutions de soins (aigu, EMS, etc.) présente de nouveaux challenges, incluant le développement de stratégies de communication pour assurer la collaboration interinstitutionnelle et la continuité des soins.

Lorsque la pratique est basée sur des preuves elle s'améliore et donne de meilleurs résultats pour les patients, leurs familles et le système de santé (Heater et al. 1998, Sackett et al.2000) P.580. Afin d'assister les infirmières à relever le challenge de l'implémentation des preuves dans la pratique, des modèles d'utilisation de recherches (p.ex. Clarke 1995, Stetler 2001) et des ressources (p.ex. Evidence-based journal, rapport de synthèses de connaissances, guidelines de pratique clinique, etc.) ont été développés.

Un cadre de référence testé par Clarke (1995) comprend 4 phases (1- articulation = définition du problème et recherche de preuves ; 2- évaluation = analyse de la qualité des preuves et de leur utilité pour la pratique ; 3- comparaison = comparer les preuves au setting →patients, organisation, etc. ; 4- application = décider si on veut changer la pratique ou non, si oui → définir des stratégies d'implémentation et des plans d'évaluations) P.580. L'application de ce cadre demande de la collaboration entre les infirmières ayant de l'expérience clinique, de l'expérience dans la recherche et des responsabilités administratives. Chaque phase demande l'implication des infirmières, de la prise de décision et l'accès aux ressources. Il faut relever qu'en plus des cadre de références et des outils disponibles pour aider, la pratique basée sur des preuves comprends d'autres variables rendant le processus complexe, comme les preuves empiriques

(expérience), les caractéristiques personnelles, les facteurs organisationnels et les relations entre les parties prenantes (Dopson et al.2002) P.580)

Des guidelines de pratique clinique sont développés pour aider les praticiens à intégrer les résultats des recherches et la connaissance des experts dans les milieux de soin. Ils sont basés sur une méthodologie scientifique et le jugement clinique d'experts (AHCPR 1994) et ont pour but de réduire des variations inadéquates dans la pratique et de promouvoir les soins basés sur des preuves (Davis & Taylor-Vaisey 1997, Thomas et al. 1999). P.581.

L'implémentation des guidelines demande une approche systématique, planifiée et incorporant les apports de personnes responsables de leur utilisation (Clarke 1995, Rogers 1995, a, b, Stettler 2001). P.581.

Malgré l'existence de modèles d'implémentation, il y a peu d'écrits sur l'efficacité de leur application dans la pratique. Des détails sur les stratégies d'implémentation supportant la pratique basée sur des preuves dans les soins manquent (Clarke 1999).

Pour améliorer la pratique et la prise de décisions basées sur des preuves, une dissémination efficace ainsi qu'une assimilation des résultats de recherche sont des problèmes clés (Lomas 1993a, Tenove 1999). Dans les modèles de pratique de l'EBN, les informations de recherches doivent être activement disséminées sous une forme synthétique et implémentées avec soin pour permettre aux praticiens d'appliquer les preuves dans les soins aux patients (Lomas 1993a, Orlandi 1996) P.581. La diffusion inclus l'éducation, les règlements, la pression publique et l'influence des collègues (Lomas 1993b). Selon Dobbins et al. (1998), une éducation de un à un, des audits et des feedbacks et l'utilisation de leaders sont des stratégies de dissémination efficaces. Combinées avec d'autres stratégies comme des supports écrits, des meetings éducationnels et des mentorats, le potentiel est significatif pour le changement des comportements cliniques et une augmentation de la compliance aux guidelines (Thomson O'Brien et al. 2001) P.581.

	<p>Un changement perçu comme ayant de bons avantages (innovation meilleure que celle qui succède), une compatibilité (coïncide avec les valeurs existantes, l'expérience et les besoins des « adoptants potentiels »), une possibilité d'être testé, une observabilité (résultats visibles) et étant le moins complexe possible (difficile à comprendre et à utiliser) sera adopté plus rapidement que d'autres changements (Rogers 2002).</p> <p>La théorie de l'enseignement à l'adulte soulève le besoin de stimuler la motivation personnelle pour obtenir un véritable changement (Bandura 1986) P.581.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Les escarres, les cinq phases de l'adoption du changement de Rogers, les facteurs influençant le taux d'adoption d'un changement de Romano, la théorie de l'apprentissage social de Bandura et le cadre de référence de Clarke sur l'utilisation des recherches.
Question de recherche	<p><u>Buts de la recherche :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. évaluer, sélectionner et implémenter des stratégies pour implémenter les guidelines de pratique clinique dans les soins 2. évaluer l'efficacité des stratégies d'implémentation des guidelines 3. comparer la prévalence et l'incidence des escarres avant et après l'implémentation des guidelines 4. identifier les facteurs qui facilitent ou empêchent l'implémentation 5. évaluer la perception des infirmières diplômées sur l'efficacité de l'implémentation du programme <p>Oui, elles découlent de l'état des connaissances. De nombreuses recherches antérieures sont citées sur l'implémentation de guidelines et sur la prévalence des escarres.</p>
Méthodes Tradition et	<u>Devis</u> Le questionnaire contient des données qualitatives et des données quantitatives. Devis quantitatif

devis de recherche	
Population et contexte	<p><u>Contexte</u> : Une région (4 villes) de 1067,3 km² avec 600'000 habitants</p> <p><u>Population</u> : 7 centres de soins (1 aigu, 1 soins de longue durée, 4 soins intermédiaires, 1 soins à domicile)</p>
Collecte des données et mesures	<p>Un questionnaire est donné aux infirmières, aux mentors et aux experts participant à l'étude. Les données quantitatives ont été analysées en tendance et les données qualitatives ont été analysées en thèmes. Trois thèmes majeurs sont ressortis : le temps pris pour apprendre l'utilisation des ordinateurs et le système de support de décision informatisé ; les difficultés techniques associée au système informatique ; et l'évitement du système de support de décision informatisé. Les infirmières ont également du identifier les stratégies d'implémentation qui les ont le plus aidées.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Etude sur 2 ans. 6 phases : phase 1-4 dans cet article, phase 5-6 sur l'évaluation dans un autre article.</p> <p>Phase 1- Préparation à l'implémentation : un coordinateur de recherche est engagé pour faciliter l'implémentation de l'étude, ce qui comprend l'adaptation des guidelines sur les escarres, la modification les programmes informatiques d'aide à la décision (évaluation des facteurs de risque et guide pour les actions de prévention sur l'ordinateur incluant l'échelle de Braden et le Pressure Score Status Tool), la sélection de produits et le développement d'une grille de produits interdisciplinaire pour les soins de plaies (Hydrogels, opsites, Mepitel, etc.) et la sélection et le développement de matériel éducationnel (vidéos ou autre).</p> <p>Phase 2- Pré implémentation : stratégies → sélectionner et éduquer des experts (stomathérapeute, infirmière clinicienne, infirmières avec beaucoup d'expérience : ressources pour les plaies complexes) et des mentors (2 infirmières de chaque unité), développer des stratégies d'implémentation, sélectionner et éduquer des enquêteurs, inclure des patients et obtenir leur consentement écrit, mener des enquêtes de prévalence et d'incidence, tester les connaissances des équipes,</p>

	<p>éduquer les équipes.</p> <p>Phase 3 – implémentation → après l'éducation des équipes, implémentation du guideline comme routine avec évaluation des risques, de la peau et réévaluation régulière.</p> <p>Phase 4 – maintenance : il est attendu des infirmières qu'elles continuent à utiliser le guideline et qu'elles rentrent les données dans le système informatique. Les mentors sont des points clés pour maintenir les équipes dans la course concernant le changement de leur pratique et l'utilisation des ordinateurs comme documentation et outil de support dans la prise de décision. Les experts sont là pour aider les mentors et les équipes dans l'évaluation et le traitement des escarres.</p> <p><u>Ethique</u> : l'approbation éthique est obtenue par la « University Behavioural Research Ethics Board » et par le comité d'éthique de l'hôpital de soin aigu de la région. Chaque participant devait rendre un consentement écrit pour l'enquête de prévalence et d'incidence.</p>
<p>Résultats Traitement des données</p>	<p>Les infirmières ont remarqué qu'elles devaient prendre sur leur temps pour apprendre de nouvelles technologies et des compétences informatiques et mettre à jour leurs connaissances cliniques demandées pour l'implémentation du guideline. Accéder aux ordinateurs prend plus de temps que d'accéder au dossier papier du patient et elles documentaient souvent à double (papier et ordinateur). Elles ont donc peu de temps pour détecter des plaies potentielles, surtout chez les patients à risque faible ou modéré. Frustrées par le système informatique et découragée par le temps que prend l'apprentissage, des équipes évitent complètement les ordinateurs. Dans les soins aigus, certaines équipes renvoient tous les problèmes de plaies aux experts (stomathérapeutes) plutôt que de changer leur pratique en incorporant le guideline. Les stratégies d'implémentation identifiées comme aidantes : outils d'évaluation des risques, plans de soins, grille de produits de soin. Certaines équipes identifient le plan de soins proposé par l'ordinateur comme</p>

	<p>élémentaire et préfèrent donc se référer à leurs propres compétences d'évaluation. Les équipes trouvent que l'utilisation de vidéo d'éducation et de sessions d'éducation pour les mentors (un à un) sont des stratégies d'éducation importantes. Avoir des leaders dans l'administration est perçu comme hautement supportant pour faciliter les activités pour implémenter le guideline menées par les mentors et les experts. Une augmentation de la communication interdisciplinaire entre les membres d'une équipe améliore l'identification des problèmes reliés à la prise en charge des escarres (P.586). Beaucoup de formation à du être fournie afin de mener les équipes à savoir utiliser correctement les ordinateurs. Le coût engendré par le besoin de remplacement des personnes en formation crée des soucis financiers aux managers. Les principales barrières à l'implantation du guideline sont : le manque de leadership administratif, le temps utile pour apprendre et implémenter un nouveau guideline, les défaillances technologiques du système informatique, et les compétences nécessaires pour apprendre le système informatique d'aide à la décision. Ces challenges correspondent é ceux déjà présentés dans la littérature (Royle & Blythe 1998, Ferlie et al.2000, Dopson et al. 2001,2002, Meleskie & Wilson 2003). P.587</p>
Présentation des résultats	Pas de tableaux avec les résultats mais présentés de manière claire sous forme de texte.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Les barrières identifiées dans les milieux de soins doivent être résolues. Il est nécessaire de procéder à une clarification des rôles et des responsabilités de l'équipe, des chefs d'unités et des leaders administratifs concernant l'implémentation de la pratique basées sur les preuves et l'identification de standards, notamment dans l'évaluation des risques. Avoir des experts sur le terrain (stomathérapeutes), de l'équipement (avoir des ordinateurs facilement accessibles dans le setting), et des ressources financières (temps pour le développement professionnel) sont des ressources nécessaire pour changer la pratique. De plus, les compétences informatiques de l'équipe doivent être améliorées. Il est recommandé qu'une</p>

	<p>infirmières leader experte soit responsable pour la facilitation, l'implémentation et la maintenance du guideline. Il est nécessaire d'avoir un programme d'implémentation qui : inclus les rôles et les attentes de chaque équipe et de leur chef, identifie un cadre de référence pour intégrer des outils cliniques dans la pratique et apporte des supports et des opportunités pour aider la participation des équipes dans la planification de stratégies d'EBP. P.587</p> <p>Bien que l'EBP soit de la responsabilité de chaque infirmières, elle demande un environnement encourageant incluant du leadership et de l'engagement de la part des infirmières cheffes. (nurse managers).</p> <p>Généralisation des conclusions : Pas clairement explicité</p> <p><u>Limites</u> : Pas clairement explicitées</p>
Perspectives	<p>L'efficacité de la dissémination et de l'implémentation de stratégie pour que les infirmières s'emparent des guideline basés sur les preuves dépendent du leadership et d'autres facteurs. Le challenge repose sur le changement, le temps et les compétences informatiques.</p> <p>Des recherches supplémentaires sont nécessaires, dans d'autres contextes, sur les stratégies pour dépasser les difficultés technologiques et intégrer l'EBN dans la pratique de tous les jours, sur le long terme.</p>
Questions générales Présentation	L'article est bien écrit et permet une analyse minutieuse
Evaluation globale	Résultats probant et utiles pour la pratique.

ANALYSE 2 : DOGHERTY, E. J., HARRISON M. B., GRAHAM I. D., DIGEL VANDYK, A. & KEEPING-BURKE, L. (2013),

Turning Knowledge Into Action at the Point-of-Care : The Collective Experience of Nurses Facilitating the Implementation of Evidence-Based Practice / Approche qualitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idee générale, problème de recherche</u> : Transposer la connaissance en action dans les soins, l'expérience collective des infirmières facilitant l'implantation de l'EBP</p> <p><u>Devis</u> : Pas dans le titre</p> <p><u>Auteurs</u> : Sous le titre, avec mention de leur titre professionnel</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : Contient toutes les parties de la recherche (état des connaissances, but de la recherche, méthode, résultats, conclusion).</p> <p><u>Synthèse</u> : bon résumé, clair.</p> <p><u>Mots clefs</u>: Facilitation, EBP, pratique, assimilation des preuves, connaissance, traduction, best-practice, nursing, technique, implantation.</p> <p>Nombre de mots limité (environ 300 mots)</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: Acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du problème	<p><u>Problème de recherche</u> : La quête de la meilleure pratique dans la santé entraîne l'implantation de preuves dans la pratique. Transférer les connaissances des guidelines sans la pratique constitue un grand challenge.</p> <p>Peu de recherches ont été effectuées sur les approches qui marchent pour cette implantation.</p>

	<p>En plus de la nature et de la qualité de la preuve, une facilitation est nécessaire pour entrainer le succès de l'implantation (Kitson, Harvey, & McCormack, 1998). La facilitation est « le processus pour rendre plus facile l'implantation des preuves dans la pratique ». (Rycroft-Malone, 2004, p.300) et un support pour aider les soignants à changer leurs attitudes et leur façon de travailler. (Kitson et al., 1998) P.129.</p> <p>La facilitation est un processus devant inclure les individus et les groupes. Le concept a de nombreuses facette et sa responsabilité ne doit pas reposer sur une seule personne (les personnes sont appelées les facilitateurs)</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Bien que le concept de facilitation se développe, il n'existe pas qu'une approche étant universellement efficace pour améliorer la pratique basée sur des preuves. (Janes, Fox, Lowe,McGilton &Schindel-Martin,2009) P.130.</p> <p>Les premières investigations ont examiné l'expérience des infirmières et leur perception quant au fait d'être intégrées dans des projets d'implantation de guidelines ou de développement de la pratique (PD).</p> <p>Au Royaume-Uni, le PD est un mouvement bien établi avec des facilitateurs (personnes) nommés afin d'aider à développer la pratique des infirmières et d'encourager le changement (Janes et al., 2009) p.130.</p> <p>Au Canada, il y a de nombreuses personnes s'engageant dans des processus de facilitation mais cela fait partie et est intégré dans leur fonction de manager, de leader, d'infirmière en pratique avancée ou d'éducateur. Ces personnes n'ont pas un rôle de facilitateur en tant que tel.</p>
<p>Cadre théorique ou conceptuel</p>	<p>La facilitation est « le processus pour rendre plus facile l'implantation des preuves dans la pratique ». (Rycroft-Malone, 2004, p.300) et un support pour aider les soignants à changer leurs attitudes et leur façon de travailler. (Kitson et al., 1998) P.129.</p> <p>La facilitation est un processus devant inclure les individus et les groupes. Le concept a de nombreuses facettes et sa responsabilité ne doit pas reposer sur une seule personne (les personnes sont appelées les facilitateurs)</p>

	<p>La définition de la facilitation inclus le processus de rendre l'implantation des preuves plus facile (Harvey et.al, 2002) et le processus de résolution interactive de problème et de soutien dans une relation interpersonnelle (stetler et al.2006, paragraphe4).</p>
Question de recherche	<p><u>But de la recherche</u> : décrire la connaissance tacite quant à la facilitation incorporée dans l'expérience des infirmières implantant les preuves dans la pratique.</p> <p>Déterminer comment les infirmières articulent leur rôle et le rôle des autres pour faciliter l'EBP. Décrire les connaissances tacites concernant la facilitation de l'EBP incorporée dans les activités des infirmières afin de synthétiser leurs expériences.</p> <p>La question de recherche découle de l'état des connaissances. Récolter des connaissances sur l'expérience des personnes engagées dans l'implantation dans différents contexte va donner une vision plus claire de la facilitation. Cela va permettre de faire des comparaisons avec les études faites dans d'autres systèmes de santé et cela va apporter des connaissances supplémentaire sur l'influence de l'utilisation du concept de facilitation sur l'application des guidelines.</p>
Méthodes Tradition et devis de recherche	<p>Une conférence scientifique de 1,5 jour a eu lieu afin d'examiner ce qui a marché ou non dans l'implantation de l'EBP. Elle était basée sur l'expérience des praticiens.</p> <p>Deux chercheurs internationaux (DR. Margaret B. Harrison & Dr Alison Kitson) ont co-animé la conférence. Les deux sont infirmières ont été grandement impliquées dans le développement et l'implantation de guidelines.</p> <p>La conférence était basée sur les incidents techniques graves. Cette étude est une analyse des données collectées lors de la conférence.</p>
Population et	<p>Echantillon d'infirmières de plusieurs provinces du Canada directement engagées dans l'implantation de l'EBP, des</p>

contexte	<p>infirmières avec de l'expérience dans la recherche, la pratique, la qualité des soins, le développement de la pratique ont été recherchées. En plus, des infirmières de divers domaines étaient présentes (soins intensifs, soins communautaires, soins de longue durée) travaillant avec diverses populations (maladies chroniques, cancer, etc.).</p> <p>les participants sélectionnés ont invité d'autres infirmières avec de l'expérience pour ajouter des participants à l'étude.</p> <p>En tout : 20 participants.</p>
Collecte des données et mesures	<ol style="list-style-type: none"> 1. Récolte d'information sur les participants : les participants ont rempli une feuille d'information avant la conférence contenant des données démographiques (leur éducation, emplois et expérience d'implantation ou de développement de l'EBP) et des questions personnelles ayant aidé les participants dans la facilitation de l'EBP (l'organisation de leurs équipes, leur contexte de travail, leurs connaissances, leurs aptitudes, leur caractère) 2. Un dossier de critique d'incident: la technique de la critique d'incident a été utilisée pour récolter les données sur l'expérience des participants dans l'implantation de l'EBP. Le but est de récolter des informations sur le comportement humain et sa capacité à résoudre des problèmes pratiques. Avant la conférence, chaque participant a du préparer un descriptif écrit d'une expérience mémorable de facilitation qu'il a amené à la conférence (l'incident, mon rôle, que s'est-il passé → pourquoi cela a-t-il marché ?, Quelles connaissances ont fait que cela a marché, Qu'aurais-je fait différemment → pourquoi cela n'a-t-il pas marché ? Quelles connaissances manquaient ? Qu'aurais-je fais différemment, etc.). Exemple d'incident : implantation de guideline ou protocoles, développement de programmes, introduction d'un nouveau modèle de soin) <p>D'autres études ont été menées à l'aide de la technique de la critique d'incident pour examiner les connaissances pratiques des infirmières expertes et cela a donné de bons résultats pour guider l'exercice de réflexion du groupe.</p> <p>L'instrument permet de récolter l'expérience vécue des infirmières quant à l'EBP, leurs réflexions et leurs</p>

	connaissances. Il est adapté à la question de recherche.
Déroulement de l'étude	<ul style="list-style-type: none"> - Les participants ont reçu chez eux un papier d'information pour expliquer la nature de la recherche. Ils ont du remplir un dossier de critique d'incident (incident qu'ils ont vécu en lien avec la facilitation de l'implantation de l'EBP) et ont été invité à participer à la conférence de 1,5 jour à Toronto. Sur place, les participants se sont divisés en 4 groupes et ont partagé leurs expériences en comparant leur dossier de critique d'incident. Au cours de l'échange, les participants ont récolté des phrases clés (positives et négatives) émergeant de la discussion. - Les participants ont du signer un consentement qu'ils ont du remettre aux chercheurs avant le début de la conférence. L'approbation éthique a été obtenue par le « Queen's University Health Science and Affiliated Teaching Hospitals Research Ethics Board »
Rigueur	Le déroulement de l'étude est très clairement expliqué. Les résultats, tout d'abord classés par les participants, ont été analysés en parallèle pas deux chercheurs. Ils ont ensuite comparé leurs analyses et sont arriver à un consensus.
Résultats Traitement des données	Des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les informations démographiques. Analyse des dossiers critique : Tout d'abord, le rôle des participants dans l'expérience de facilitation ont été analysés et classés. Puis, dans les dossiers critiques, il ressort deux catégories de données : les descripteurs positifs et les descripteurs négatifs à la facilitation de l'EBP. Les participants ont été inclus dans l'analyse de données puisque ce sont eux qui ont développé et validé les sous-catégories émergeant des descripteurs. Ultérieurement, deux chercheurs non impliqués dans la conférence ont indépendamment fait une deuxième analyse. Ils ont comparé les catégories entre elles et ont synthétisé les catégories par thèmes principaux. Ensuite les deux chercheurs comparent leurs résultats et arrivent à un consensus de sous-thèmes positifs et négatifs.
Présentation	Les résultats sont présentés de manière claire, présence de tableaux résumés.

des résultats	<p>Caractéristiques des participants : Les participants venaient de tout le Canada et avaient des expériences différentes concernant l'implantation de l'EBP. Ils avaient en moyenne 27 ans d'expérience et combinaient ensemble 200 ans d'EBP (de 3 à 30 ans). Les hôpitaux et le secteur de la santé communautaire étaient représentés. La moitié des participants ont déjà été impliqués comme leader de projet dans l'EBP.</p> <p>Description des rôles : la plupart de participants avaient un titre spécifique (facilitateur, leader clinique, leader de projet, chercheur, infirmière en pratique avancée, etc.)</p> <p>Expérience de facilitation positive et négative : en tout, les participants ont identifié un total de 590 descripteurs positifs et 389 descripteurs négatifs qui ont été classés en catégories : 138 catégories positives et 86 catégories négatives. De ces catégories sont ressortis 10 thèmes principaux (5 positifs et 5 négatifs).</p> <p>→ Facteurs d'implantation positifs</p> <p><u>Importance accordée au problème</u> : les participants ont parlé de l'importance d'identifier une question de pratique liée directement à un besoin formulé par les infirmières dans leur pratique quotidienne. En effet, les infirmières qui arrivent à formuler, identifier et comprendre un besoin ou qui identifient une question prioritaire dans leur pratique sont plus motivées à participer à l'implantation p.134</p> <p><u>Caractéristiques de la preuve</u> : les participants décrivent la valeur d'avoir accès à un support pour les assister dans la recherche de preuves et avoir un accès plus disponible à la littérature. La preuve doit être accessible et facile à utiliser.P. 134</p> <p><u>Développer des partenariats</u> : les participants disent que l'implantation de la bonne pratique nécessite des efforts multidisciplinaires. Ils disent avoir besoin du support des seniors et de l'administration pour les engager dans le processus ainsi que d'une équipe de projet. Il est ressorti que le fait d'impliquer les infirmières du terrain dans la</p>
---------------	---

conception d'un protocole ou d'un guideline est un moyen de les motiver (empowering) à engager un changement.

P.134

Processus, stratégie : Pour l'implantation, il faut développer un plan d'action avec des délais précis. De plus, il faut s'assurer que les ressources soient suffisantes (matériel et personnel) ce qui est un grand challenge d'après les participants. Beaucoup de participants relèvent la gestion des conflits dans l'équipe, et disent que « ne pas prendre les choses personnellement » et « rester concentrer sur le challenge » aident. Un participant relève que s'il y a des conflits de pouvoirs ou des conflits dans l'équipe qui ne sont pas réglés, l'excellence de la pratique ne sera jamais atteinte. P.134-135 il est également important d'évaluer les résultats p.135 et de donner un feed-back afin de valoriser le succès d'une implantation.

Caractéristiques des facilitateurs : les participants relèvent l'importance d'avoir des connaissances théoriques et pratique de l'EBP et du développement et implantation de guidelines. Ces connaissances concernent comment localiser les sources de preuves, comment récolter des données ou comment évaluer de façon critique la littérature trouvée. Pour implanter un projet basé sur des preuves, les participants disent qu'il faut être capable d'impliquer les individus dans le processus de changement, qu'il faut être ouvert, enthousiaste, flexible et patient. Les facilitateurs ont également des compétences organisationnelles et administratives, un leadership, savent négocier et sont médiateurs. P.135

→ Facteurs d'implantation négatifs

Manque d'engagement : ce thème traite du manque d'intérêt de l'équipe par rapport au problème ou à la question de pratique (problème jugé pas important) ainsi qu'un manque de support de l'équipe, des initiateurs du projet ou des managers p.135. Il relève également du manque d'information. P.134. les participant relèvent que les efforts d'implantation sont compromis s'il y a un manque de management ou de leadership pour supporter le changement et si

les individus affectés pas le changement ne sont pas inclus dès le début dans l'implantation. P.135

Déficit en ressources : le manque de ressource est un problème qui ressort souvent. Les ressources sont humaines, financières, accès, équipement, temps et preuves. Il y a un coût associé au changement. L'implantation de l'EBP prend beaucoup de temps et beaucoup de participants disent avoir besoin de plus de temps. Comme se questionne une des participantes « Avons-nous déjà eu ce luxe ? » Le nombre limité du personnel et l'accès difficile aux infirmières de pratique avancée sont également une limite. P.135

Discorde et conflit : les participants décrivent des animosités entre les différentes disciplines qui créent des conflits. Un des participant parle de conflits générés par qui dans quelle discipline devait appliquer quelles recommandations dans le guideline. Un autre parle de l'échec d'une implantation si plusieurs changements sont implantés en même temps. P.135

Fonctionnement de l'équipe et charge de travail : parfois, les équipes sont résistantes au changement car les projets impliquant un changement font ressortir ce qui ne fonctionne pas parfaitement dans l'équipe et met en lumière certaines dynamiques relationnelles dysfonctionnelles. Un des participants explique que l'équipe disaient que les problèmes avaient surgis depuis l'implantation du guideline alors que lui tentait de leur expliquer que les problèmes étaient la avant et que l'implantation les a juste fait ressortir. De plus, Les équipes n'ont pas le temps de lire les protocoles et n'ont pas le temps d'appliquer les recommandations. La charge de travail qui augmente compromet la capacité des membres de l'équipe à engager de nouvelles activités. Certains participants parlent également des individus dans l'équipe qui avaient une attitude négative face au processus d'implantation et qui affectent donc la réussite de l'implantation. P.135

Manque d'évaluation et de durabilité : les équipes qui engagent de l'énergie dans l'implantation ont besoin d'en voir les effets. Dans plusieurs cas, il y avait un manque de suivi, une mesure inappropriée des résultats évaluant l'implantation

	(p.136) ou encore une diminution de l'enthousiasme avec le temps (p.134). Les participants ont identifié la ténacité comme une caractéristique essentielle de la facilitation (p.136)
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>Malgré le fait que les incidents relevés par les participants, leur spécialité clinique ou leurs rôles dans l'implantation étaient différents, les participants ont pu identifier un nombre de problèmes communs. La définition de la facilitation inclus le processus de rendre l'implantation des preuves plus facile (Harvey et.al, 2002) et le processus de résolution interactive de problème et de soutien dans une relation interpersonnelle (Stetler et al.2006, paragraphe4). Le concept se développe et aurait besoin d'une définition plus opérationnelle pour différencier le rôle de facilitateurs des autres rôles afin d'éviter les confusions entre ce qui est réellement de la facilitation dans les activités des différents rôles. P.136. les détails sur le succès et l'échec des efforts d'implantation par les participants ont été analysés, notamment les compétences nécessaires, ce qui peut montrer l'importance de planifier une éducation et des programmes de mentorat pour les individus dont les rôles implique de la facilitation. Un support est nécessaire pour préparer les individus. Les institutions doivent également considérer les ressources nécessaire à une bonne implantation telles que des moyens financiers, du personnel, le support, l'équipement, l'accès aux preuves et le temps. Les institutions doivent examiner les ressources existantes qui pourraient être utilisées pour promouvoir le changement (équipe de développement, accès aux preuves, etc.)P.137</p> <p><u>Généralisation des conclusions</u> : Les participants sont des chercheurs et des cliniciens qui ont été intentionnellement sélectionnés dans différents contextes de soins. Ceci rend compte du fait que les résultats sont transférables dans plusieurs contextes.</p> <p><u>Limites</u> : La source de données étaient les réflexions des participants sur leur expérience ce qui peut causer des biais de mémoire ou des non-dits.</p>

Perspectives	Les recherches futures devraient se focaliser sur l'analyse des interventions de facilitation adaptées afin d'aborder les barrières et améliorer les facilitateurs de l'EBP. La connaissance pratique de ce qu'est la facilitation est essentielle ainsi que de comprendre ce qui fonctionne dans quelles circonstances.
Questions générales Présentation	L'article respecte la structure standard, il est suffisamment détaillé et tout à fait adapté à une analyse rigoureuse.
Evaluation globale	<u>Utilité pour la pratique</u> : Les participants ont identifié les points négatifs et positifs commun dans leur expérience d'implantation de l'EBP. Les résultats sont utiles pour les praticiens et les institutions afin de déterminer les facilitateurs et les barrières dans la planification du changement.

ANALYSE 3 : DORAN, D., HAYNES, B. R., ESTABROOKS, C. A., KUSHNIRUK, A., DUBROWSKI, A., BAJNOK, I., MCGILLS HALL, L., LI, M., CARRYER, J., JEDRAS, D. & BAI, Y. Q. (2012)

The role of organizational context and individual nurse characteristics in explaining variation in use of information technologies in evidence based practice / Approche qualitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idée générale, problème de recherche</u>: Variations dans l'utilisation des technologies d'information liées au contexte organisationnel et aux caractéristiques individuelles des infirmières</p> <p><u>Variables</u> : apparaissent dans le titre et son plus détaillées dans la méthode</p> <p>VI : contexte organisationnel et caractéristiques individuelles des infirmières</p> <p>VD : utilisation des technologies d'information dans l'EBP</p> <p><u>Devis</u> : Pas cité dans le titre</p> <p><u>Auteurs</u> : Cités ainsi que leurs fonctions</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : état des connaissances, méthodes, résultats et conclusions sont présents</p> <p><u>Synthèse</u> : bon résumé</p> <p><u>Mots clefs</u>: technologies d'information de la santé, technologie portable/mobile, assistant personnel à affichage numérique, soins informatiques, recherche d'information, contexte organisationnel, EBP, modèle PARIHS</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: acceptation de l'article</p>

<p>Introduction Enoncé du problème</p>	<p><u>Problème de recherche</u> : Dans les soins, les professionnels sont face à une quantité toujours croissante d'informations sur les soins s'apparentant à la clinique. Dans les soins, cette utilisation a été gênée par les capacités limitées d'accéder aux guidelines basés sur les preuves.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Dans les soins, les professionnels sont face à une quantité toujours croissante d'informations sur les soins s'apparentant à la clinique. Une caractéristique essentielle à la gestion d'informations est de s'assurer qu'elles soient accessibles au moment de la prise de décision. Dans les soins, cette utilisation a été gênée par les capacités limitées d'accéder aux guidelines basés sur les preuves (p.2). Cependant, certains moyens disponibles actuellement peuvent procurer une dissémination et une implémentation plus rapide et pro-active des meilleures preuves. Les technologies d'information comme les assistants personnels à affichage numérique (PDAs) et les ordinateurs de poche (tablettes PCs) qui offrent une solution aux infirmières pour avoir des preuves directement.</p> <p>L'EBP est le processus par lequel les infirmières prennent des décisions en utilisant les meilleures recherches de preuves, leur expertise clinique et les préférences des patients (<i>Simpson, 2004</i>). Il y a une conscience grandissante du rôle de la technologie d'information dans l'EBP (<i>Sears, 2006</i>).</p>
<p>Cadre théorique ou conceptuel</p>	<p>Cadre pour l'étude (p.2-3): le modèle de The Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) (<i>Kitson, 1998 ; Rycroft-Malone et al., 2004</i>). Ce modèle a permis d'étudier l'impact de fournir les infirmières en supports PDA, en ressources EBP et d'étudier l'impact des variables des ressources organisationnelles, technologiques et humaines sur l'utilisation des modèles (p. 2).</p> <p>L'implémentation réussie de preuves dans la pratique est conceptualisée comme étant une fonction de la relation entre : la nature de la preuve, le contexte dans lequel le changement de la pratique va se passer (la culture dominante, les rôles de leadership assignés et les mesures et feed-back) et les mécanismes qui facilitent le changement (<i>Kitson et al., 1998 ;</i></p>

	<p><i>Rycroft-Malone et al., 2004</i>) (p.2).</p> <p>Le modèle PARIHS a été utilisé dans une étude de modélisation à plusieurs niveaux sur les facteurs infirmiers et organisationnels qui expliquent la variation dans l'utilisation des recherches au niveau des infirmières, des spécialités et des hôpitaux (<i>Estabrooks & Midoczi, 2007</i>). La plupart des variations étaient expliquées par les variables individuelles. Cependant, les variables au niveau des spécialités et des hôpitaux avaient une faible contribution mais les facteurs du contexte organisationnel avaient de l'importance (<i>Estabrooks & Midoczi, 2007</i>) (p. 2-3).</p> <p>Les variables qui ont expliqué les variations dans l'utilisation des recherches au niveau des spécialités sont : capital relationnel, facilitation, collaboration entre infirmières et autonomie (p.3). De plus, l'utilisation des recherches était plus grande dans les contextes dans lesquels les infirmières percevaient plus une culture favorable, un leadership et une évaluation que dans ceux dont les infirmières avaient une moins bonne perception.</p> <p>Au niveau de l'hôpital, les indicateurs d'utilisation de recherche étaient : l'organisation innovatrice, une administration réactive et un soutien d'équipe (<i>Estabrooks & Midoczi, 2007</i>) (p.3).</p> <p>Dans une autre analyse à multiples niveaux dérivée du modèle PARIHS, les caractéristiques au niveau de l'hôpital qui influençaient positivement l'utilisation de recherches étaient : développement des équipes, les opportunités de collaboration entre infirmières et la dotation du personnel et les services de soutien (<i>Cummings et al., 2007</i>).</p>
Question de recherche	<p><u>But de la recherche</u>: (p. 2) investiguer le rôle du contexte organisationnel et des caractéristiques personnelles des infirmières expliquant l'utilisation des infirmières des PDAs et tablette mobiles PCs pour accéder aux informations basées sur les preuves. Le but est d'identifier les facteurs de succès qui ont soutenu la diffusion de la technologie d'EBP.</p> <p>(p.2) L'EBP est le processus par lequel les infirmières prennent des décisions en utilisant les meilleures recherches de preuves, leur expertise clinique et les préférences des patients (<i>Simpson, 2004</i>). Il y a une conscience grandissante du rôle</p>

de la technologie d'information dans l'EBP (*Sears, 2006*). Cette conscience a inspiré le Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC) à créer un financement pour les organisations sanitaires qui pourrait permettre d'acheter des assistants personnels à affichage numérique et des tablettes portables PC. Cela a facilité l'accès aux ressources EBP aux infirmières de première ligne. « L'initiative PDA » de MOHLTC a donné accès à 3 ressources électroniques fondamentales pour appareils mobiles : matériel de référence des médicaments, guidelines sur les bonnes pratiques du Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) et Nursing Plus (Health Information Research Unit, 2008). En ce qui concerne le matériel de référence des médicaments, il était téléchargé ou consulté en ligne sur les appareils.

RNAO a lancé le Nursing Best Practice Guidelines Program en 1999 qui était responsable du développement, de la dissémination, de l'implémentation et de l'évaluation des soins cliniques et l'environnement sain au travail de guidelines de bonne pratique. 46 guidelines ont été publiés, dont 38 sont des guidelines de bonne pratique clinique (BPGs) et 8 qui se concentrent sur l'environnement sain au travail. Les guidelines ont été adaptés pour les PDAs et les Smartphones lors de l'initiative PDA. Le Nursing Plus Best Evidence for Nursing Care from McMaster University's Health Information Research Unit a permis aux infirmières de s'inscrire dans le secteur d'intérêt et de recevoir une alerte mail lorsqu'un article pertinent pour leur intérêts était publié. Les infirmières ont accès à des bases de données consultables des meilleures preuves comme la littérature médicale, les systèmes d'alertes mails et les liens sélectionnés comme ressources basées sur de preuves. Les ressources du Nursing Plus étaient disponibles online.

La première évaluation a montré de grandes variations dans l'utilisation des PDAs/tablettes PC donnant accès aux informations à travers les différentes organisations de soins et les différents secteurs. Ces variations dans l'utilisation de la technologie ne sont pas encore bien comprises (p.2). Le trou dans les connaissances a procuré l'impulsion de cette étude.

(p.3) La reconnaissance des PDAs comme outil d'information et de communication est très récente (*Honeybourne et al.,*

2006 ; Stroud et al., 2009 ; Garrett & Klein, 2008, Doran et al., 2007 ; Doran, 2009 ; Stroud et al., 2005). Une recherche effectuée par Hardwick et al. (2007) a suggéré que la technologie portable pouvait être utilisée par les infirmières pour améliorer et rationaliser les soins aux patients saisissant des données cliniques, en organisant et en procurant des références pour baser leur pratiques sur des preuves (Hardwick et al., 2007). Doran (2009) trouve que les PDAs sont très utiles pour promouvoir une communication adaptée, permettre une pratique de collaboration basée sur les preuves et en soutenir l'apprentissage au travail (p.3).

Stolee et al. (2010) ont examiné la littérature sur l'utilisation des d'informations électroniques dans les soins à domicile. La barrière la plus citée est l'exigence d'une formation. Les 3 facilitateurs pour l'utilisation des systèmes d'information les plus relevés sont : la technologie portable, les stratégies pour diminuer les erreurs d'entrée de données et un soutien d'encadrement durant la phase initiale d'implémentation (p. 3). Ces barrières et facilitateurs montrent l'importance d'avoir des effort de coordination lors de l'implémentation de nouvelles technologies et de systèmes d'information ainsi que l'emploi de technologies faciles à employer.

Une étude de Huryk (2010) dit que l'expérience avec les ordinateurs, le design du système et la performance du système (comme la rapidité) étaient des facteurs qui influençaient l'attitude des infirmières par rapport à la technologie d'information dans les soins (p.3).

Une recherche effectuée par Honeybourne et al. (2006) a examiné l'impact des PDAs sur les soins au patient en identifiant la fréquence à laquelle les infirmières accédaient au matériel disponible pour prendre leurs décisions cliniques. Ils ont ressorti que tous les participants utilisaient les PDAs mais avec une fréquence variée. La grande majorité relève le bénéfice des systèmes portables concernant les préoccupations immédiates des patients et la rapidité de trouver des preuves. Les ressources les plus utilisées étaient : les informations sur les médicaments, le calcul médical, les guidelines d'information et

	<p>les tâches administratives (<i>Honeybourne, 2006</i>). L'échantillon étant petit avec Honeybourne, une recherche canadienne a été effectuée avec 448 infirmières de 29 soins aigus, soins à domicile soins à long terme et a relevé que les barrières étaient moins perçues après l'introduction des PDAs (<i>Doran et al. 2010</i>). Les infirmières ont constaté une amélioration dans leurs propres valeurs de recherche, de compétences et de conscience ainsi que dans la présentation et l'accessibilité des recherches de preuves. Il y avait une amélioration dans la perception de la qualité des soins et dans la satisfaction au travail par les utilisateurs de PDA mais pas par ceux de tablettes PC ce qui suggère que les résultats diffèrent selon le type d'appareil (p.3).</p>
<p>Méthodes Tradition et devis de recherche</p>	<p><u>Devis</u> : le devis a utilisé l'implication d'une base de questionnaire (T1) et ensuite un autre questionnaire (T2) à peu près 6 mois après l'implémentation.</p> <p><u>Temps</u>: de juin 2009 à mars 2010 donc le temps est adapté au devis</p>
<p>Population et contexte</p>	<p><u>Cadre</u> :</p> <p>24 organisations représentant 3 secteurs : hôpitaux, soins à long terme et organisations communautaires (soins à domicile et santé publique).</p> <p>Chaque organisation a choisi quelles infirmières participeraient et quel matériel elles utiliseraient.</p> <p>Dans le 1^{er} temps 710 participants et dans le 2^{ème} 469</p> <p><u>Population</u> :(p.7)</p> <p>350 infirmières diplômées (RNs) (=74,6%), 15 infirmières praticiennes (=3.2%) et 99 infirmières diplômées de la pratique (« registered practical nurses) (=21.1%) et 5 participants (1.1%) qui n'ont pas désigné leur profession. La moyenne d'âge était de 44.7 ans et les infirmières avaient une moyenne de 14.9 années de travail en tant qu'infirmière et travaillaient pour la</p>

	majorité à plein temps.
	La saturation des données n'a pas été explicitée
Collecte des données et mesures	<p><u>Collecte des données :</u></p> <p>Questionnaire envoyé par poste.</p> <p>Les variables dépendantes et indépendantes ont été mesurées (tableau 1, p. 5). Les variables dépendantes dans l'étude étaient la fréquence d'utilisation des technologies d'information (PDA et tablettes Pcs) et la fréquence d'utilisation des 3 différentes formes de preuves (RNAO BPGs, Nursing Plus et Lexi/PEPID) ressources références.</p> <p>Les infirmières ont dû répondre à des questions qui évaluaient la fréquence d'utilisation des PDA/tablettes PC et des ressources d'information.</p> <p>Les variables du contexte ont été mesurées avec l'Alberta Context Tool (ACT) (<i>Estabrooks et al., 2009</i>).</p> <p>→ Les variables individuelles ayant probablement un impact sur l'utilisation des recherches ont également été évaluées : La perception des infirmières a également été mesurée sur : le support organisationnel (<i>Estabrooks, 1997</i>), les attitudes envers la recherche (<i>Estabrooks et al., 2008</i>), les croyances et volonté d'implémenter la recherche (<i>Estabrooks, 1997</i>), les croyances en l'implémentation réelle des recherches (<i>Estabrooks, 1997</i>), le style de résolution de problème (<i>Heppner, 1986</i>), et l'épuisement évalué par le Maslach Burnout Inventory (<i>Maslach & Jackson, 1986 ; Schaufeli et al., 1986</i>).</p> <p><u>Variables dépendantes:</u> fréquence de l'utilisation de PDA/tablettes PC, fréquence d'utilisation de RNAO BPGs, fréquence d'utilisation de Nursing Plus, fréquence d'utilisation de Lexi ou PEDID guide de médicaments et références médicales. (tableau 1, p. 5)</p> <p><u>Variables indépendantes :</u></p> <p><i>Contexte organisationnel</i> : leadership, culture, processus de feed-back et d'évaluation, interactions informelles, interactions</p>

	<p>formelles, capital social, ressources structurelles et électroniques, manque de dotation en personnel, manque d'espace, manque de temps, soutien organisationnel, étendues des fonctions des appareils.</p> <p><i>Caractéristiques individuelles des infirmières</i> : attitude envers la recherche, résolution de problème, croyance de vouloir implémenter la recherche, croyance en l'implémentation réelle de recherches, épuisement émotionnel, cynisme, efficacité professionnelle (tableau 1, p.5)</p> <p><u>Adéquation entre le phénomène étudié et la question de recherche</u> : L'outil de recueil de données est tout à fait adapté pour répondre à la question de recherche.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La procédure de recherche est décrite plus haut</p> <p><u>Ethique</u> : approbation éthique de l'office de l'université de Toronto et des participants</p>
Rigueur	<p><u>Conclusions crédibles et transférables</u> : Pas clairement explicité</p>
Résultats	<p><u>Analyse des données</u> :</p>
Traitement des données	<p>Des analyses statistiques ont été effectuées (pourcentages). Des tests statistiques ont évalué le 0.05 niveau de significativité</p> <p>Ils ont utilisé le test Chi-carré pour comparer les différents appareils utilisés.</p>
Présentation des résultats	<p>Présence de tableaux pour faciliter la compréhension des résultats.</p> <p><u>Appareils utilisés</u> : Les appareils portables tels que PDA, Smartphone, BlackBerry etc. ont été utilisés par 152 participants et les tablettes PCs (incluant les Netbooks et ordinateurs portables) par 165 participants. Seulement 36 participants utilisaient à la fois le PDA et la tablette PC. Les PDAs étaient plus utilisés dans les hôpitaux et les tablettes PCs dans les soins à long terme et communautaires.</p> <p><u>Résultats de la question « Quelle est la fréquence de l'utilisation des 3 ressources électroniques infirmières ? »</u>: (p.8) à peu</p>

près 60% des infirmières utilisent la tablette PC 1 fois tous les deux jours ou plus souvent et 72% utilisent un PDA 1 fois tous les 2 jours ou plus souvent. Le test Chi-carré indique que les utilisateurs de PDA disent utiliser plus souvent leur appareil que ceux utilisant la tablette PC. 89 infirmières expliquent pourquoi elles n'emploient jamais de PDA ou tablette PC : l'équipement ne marche pas bien, cela prend trop de temps, difficultés d'accéder, manque de formation, manque de besoins perçus et appareils non disponibles.

Résultats concernant les ressources d'information (Google, dictionnaire des médicaments, alertes e-mail, calculatrice, bases de données infirmières, etc.) : (p. 8) Les ressources d'information fournies étaient le livre de médicaments et des références médicales (PEPID ou Lexi), RNAO Best Practice Guidelines et le Nursing Plus. La plupart des organisations ont choisi d'ajouter des ressources supplémentaires comme les politiques de l'institution, la documentation clinique et d'autres ressources internes. Les infirmières ont dû dire combien de fois elles utilisaient le PDA ou tablette PC pour accéder à chacune des ressources dans une semaine normale. Les résultats montrent qu'elles vont le plus souvent consulter Google suivi de près par les informations médicales et médicamenteuses. Les utilisateurs de tablettes PCs l'utilisaient surtout pour accéder à Google et les ressources internes. Ils n'ont pas observé de différences entre les utilisateurs de PDA et tablette PC concernant l'accès au RNAO guidelines de bonnes pratiques.

Résultats aux questions « Comment les caractéristiques du contexte organisationnel et les caractéristiques individuelles des infirmières peuvent-elles expliquer la fréquence à laquelle les infirmières utilisent les PDAs ou tablettes PCs pour accéder aux ressources d'information ? » : (p.8-9)

2 indicateurs ont une influence sur la fréquence de l'utilisation des appareils : 1) l'appareil et 2) l'étendue des fonctions de l'appareil. Les utilisateurs des PDAs ont dit utiliser plus souvent leur appareil que ceux utilisant les tablettes PCs. En ce qui concerne le RNAO BPG (= best practice guideline = guideline de bonne pratique), des indicateurs sont ressortis comme

	<p>ayant une influence. Les infirmières qui voulaient l'implémentation de la recherche utilisaient beaucoup plus souvent le BPG. Celle-ci ont relevé beaucoup de : ressources électroniques et structurelles, manque de temps organisationnel ou de larges fonctions des appareils. Par contre, le grand manque de personnel organisationnel a été associé à une basse fréquence d'utilisation des BPG (p.9). En ce qui concerne la base de données Best Evidence for Nursing Plus, les infirmières qui avaient beaucoup de ressources électroniques et structurelles, de culture et d'étendue dans les fonctions des appareils montraient une haute fréquence d'utilisation. En ce qui concerne les livres de référence des médicaments Lexi/PEDID, les infirmières qui relataient beaucoup de culture organisationnelle et une étendue des fonctions des appareils qui étaient associées à une haute fréquence d'utilistion du dictionnaire des médicaments.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats ont montré que la technologie mobile a une impact potentiel sur l'utilisation des recherches (p.10).</p> <p><u>Fréquence d'utilisation</u> : (p.10-11)</p> <p>73% ont dit ne jamais utiliser de PDA pour le travail ou personnellement et 78% pour les tablettes PC. 53% des participantes ont dit utiliser un PDA ou tablette PC une fois chaque deux jours ou plus souvent. Les infirmières ont dit que leur utilisation avait augmenté après avoir fait partie de l'initiative PDA du Ministry of Health and Long-Term Care (p.10).</p> <p>Les infirmières qui disaient ne jamais utiliser les appareils ont expliqué pourquoi (cf : résultats). Ils ont pu noter des problèmes dans l'implémentation dont le manque de formation et de soutien technique qui pourraient expliquer cela. Il est donc important d'avoir une attention particulière à la préparation organisationnelle pour l'innovation avant d'implémenter des technologies mobiles destinées à l'utilisation des infirmières (p.11).</p> <p>En ce qui concerne la fréquence d'utilisation des PDA, les infirmières disaient l'utiliser plus que celle qui utilisaient une tablette PC. Ceci peut être dû au fait qu'il y avait un PDA pour une personne alors que les tablettes étaient souvent partagées avec d'autres infirmières ce qui rendait une accessibilité restreinte lorsqu'elles en avaient besoin. Des résultats</p>

similaires ont été relevés par *Doran et al. (2010)* en disant qu'il y avait une amélioration des barrières à l'utilisation de recherches, de la qualité des soins et de la satisfaction au travail chez les infirmières utilisant des PDA mais pas chez celles utilisant des tablettes PC.

Ressources d'information : (p.11-12)

Des études ont été effectuées sur les différentes ressources que les infirmières utilisaient ainsi que sur les données qu'elles cherchaient (*Royle e al., 1995 ; Royle et al., 200 ; Thompson et al. 2008*). *Royle et al. 1995* ont trouvé que pour accéder à des informations professionnelles, 2/3 des infirmières demandaient à des collègues tous les jours, la plupart utilisaient des sources de références ou des manuels chaque semaine et 2/3 d'entre elles lisaient un journal d'articles chaque mois. *Thompson et al. (2008)* ont montré que les infirmières préféraient les ressources humaines comme source d'information et que leurs collègues, les autres membres de l'équipe de soins primaire ou les membres seniors de l'équipe clinique étaient vus comme plus utiles et accessibles comme source d'information (p.12). Une autre étude a montré que les infirmières allaient plus facilement demander des informations à leurs collègues (*Doran et al.2007*).

Dans cette étude, Google était le plus utilisé puis c'était les informations de référence médicale et des médicaments. Cela correspond aux résultats trouvés par *Doran et al. (2010)* qui disaient que les ressources d'information les plus utilisées étaient les informations sur les références des médicaments, sur les références médicales et l'outil Google (p.12).

L'utilisation des RNAO BPG a été relevée comme plus élevée que dans une recherche antérieure de *Doran et al. (2010)*. Ceci pourrait refléter une tendance à l'augmentation de l'utilisation des RNAO BPG dans plus d'organisations à Ontario qui ont promu l'utilisation du BPG.

Contexte organisationnel : (p.12-13)

Rycroft-Malone (2004) a défini le contexte organisationnel comme étant « l'environnement ou le setting dans lequel les

personnes reçoivent les services de soins » (p.12). Le contexte organisationnel est largement considéré comme ayant une importante influence sur l'implémentation de recherches de preuves dans les settings de soins (*Estabrooks et al., 2009*). *Estabrooks et al. (2009)* ont développé l'Alberta Context Tool (ACT) pour mesurer 10 dimensions du contexte organisationnel : culture, leadership, évaluation, capital social, interactions informelles, interactions formelles, ressources structurelles et électroniques ainsi que le manque de temps, de personnel et d'espace (p.13). Dans cette étude, 4 dimensions de l'ACT étaient associées à la fréquence d'utilisation des ressources d'information. Le manque de personnel a été associé à une petite fréquence d'utilisation des BPG et le manque de temps, des ressources électroniques et structurelles et la culture organisationnelle ont été associés à une haute fréquence d'utilisation des BPG. L'accès aux ressources électroniques et structurelles et la culture organisationnelle ont été positifs à l'utilisation de la base de données Best Evidence Nursing Plus. La culture organisationnelle et le manque de personnel a été positif pour l'utilisation du dictionnaire des médicaments (Lexi/PEDID). Ces caractéristiques du contexte sont modifiables et pourraient donc être le point sur lequel se concentrer lors d'interventions organisationnelles pour augmenter l'utilisation des recherches (p.13). Des résultats similaires ont été rapportés par *Randell et Dowding (2010)* qui ont noté que l'élément clé d'une introduction de décisions cliniques avec un support technologique réussie était l'engagement des cliniciens. Dans leur étude, ils disent que ceci est associé au besoin de ressources adéquates, aux caractéristiques du système, à un environnement de soutien et une formation adéquate. Ces résultats sont également ressortis dans cette étude.

Déterminants individuels d'utilisation des recherches des infirmières : (p.13)

Les caractéristiques individuelles étaient fortement associées à l'utilisation des RAO BPG. Un élément qui est surtout ressorti comme ayant une influence est la volonté d'implémenter les recherches (p.13).

Généralisation des conclusions : Pas clairement explicité mais certains points du chapitre discussion élargissent les

	<p>réflexions ou résultats de façons plus générale.</p> <p><u>Limites de l'étude :</u></p> <p>Les institutions pouvaient choisir quelles infirmières participaient à l'étude</p> <p>Il n'y a pas eu de groupe contrôle pour exclure qu'il n'y avait pas d'autres variables.</p> <p>Certaines institutions ont eu des problèmes d'implémentation ou de pauvres supports technologiques pour l'activation, la formation et l'accès internet des appareils spécifiques.</p> <p>Seulement 58% ont répondu à la base T1 et seulement 66% de ces dernières ont répondu à la suite T2.</p> <p>Les infirmières étaient peut-être trop jeunes et pas de formation assez élevée.</p> <p>Les connaissances, la pratique et les résultats de santé n'ont pas été évalués dans cette étude.</p>
Perspectives	<p>Des recherches futures sont nécessaires impliquant un plus grand nombre d'organisations de soins et un échantillon d'infirmière plus grand pour plus explorer l'influence des facteurs organisationnels et individuels sur l'utilisation de technologies d'information pour soutenir l'EBP.</p> <p><u>p.13 :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Les appareils portables appuient l'utilisation des infirmières de ressources d'information dans la pratique clinique. 2) Les infirmières devraient avoir accès aux ressources électroniques comme les informations sur références médicales et médicaments et les informations de bonne pratique pour répondre à leur besoins d'apprendre et pour promouvoir l'EBP. 3) Les technologies d'innovation destinées à soutenir l'EBP devraient adopter un changement de stratégie ayant le but d'améliorer la culture organisationnelle, l'accès aux ressources électroniques et structurelles et de s'assurer que les infirmières aient le temps d'accéder aux ressources d'information au chevet du patient. 4) Les recherches futures devraient investiguer l'interaction entre les variables du contexte organisationnel et les facteurs

	individuels. Il serait important d'évaluer le degré auquel les infirmières ont accès à la technologie (car les personnes utilisant les tablettes devaient souvent les partager) et les barrières pour l'utiliser.
Questions générales Présentation	Cet article est bien structuré et une analyse minutieuse est possible.
Evaluation globale	<u>Résultats probants pour la pratique</u> : L'étude met en évidence des facteurs à approfondir dans des études futures et appuie l'idée d'implémenter des technologies pour faciliter et promouvoir l'EBP.

Promoting evidence-based practice : managing change in the assessment of pressure damage risk / Approche quantitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idee générale, problème de recherche</u>: L'idée générale est énoncée et le problème de recherche est sous-entendu comme étant l'implémentation de l'EBP dans l'évaluation des risques concernant les escarres.</p> <p><u>Variables</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • VI : Utilisation de l'EBP • VD : Evaluation des risques d'escarres <p><u>Devis</u> : le devis n'est pas cité dans le titre mais on le devine dans la méthode : quantitative car questionnaire avec questions précises et approche déductive</p> <p><u>Auteurs</u> : Les auteurs sont cités sous le titre avec les institutions auxquelles ils appartiennent ainsi que leurs fonctions.</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : état des connaissances, objectifs, méthode, résultats et conclusion sont présents.</p> <p><u>Synthèse</u> : Résumé parfois un peu confus (Ex : méthode) mais on comprend dans quelle direction va l'article</p> <p><u>Mots clefs</u>: Pas de mots clefs</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: Acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du	<p><u>Problème de recherche</u> : (p. 355-356) Il est difficile de s'assurer que les soins délivrés sont basés sur des preuves de haute qualité.</p>

problème	
Recension des écrits	<p>Pas de background à propos des escarres mais l'EBP et les recherches à ce propos sont bien développés (cf. hypothèse).</p> <p>Ils disent tout de même que les guidelines sur les escarres devraient être revus et remis à jour car ils ont été d'une grande utilité dans l'étape 1 de cette étude (= recherche de preuves).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p><u>Concepts</u> : EBP, évaluation et prévention des escarres, implémentation du changement</p>
Hypothèses	<p><u>But de la recherche</u> : faciliter le développement de l'EBP dans un hôpital universitaire avec le focus sur les plaies de pression (p.356, droite)</p> <p>L'EBP n'est pas nouveau et la littérature atteste d'un encouragement de l'implémentation de l'EBP dans la pratique. Cependant, seuls des progrès très limités ont été effectués. Les raisons de cette lente évolution sont complexes et multifactorielles. (Ex : les praticiens (=infirmières diplômées) ont un manque de connaissances et de capacités requises pour identifier les recherches significatives, pour évaluer la rigueur d'une recherche, pour évaluer la pertinence des résultats ainsi que leur application dans la pratique.) (<i>Lacey 1994 ; Rodgers 1994 ; Pearcy 1995 ; Kitson et al. 1996 ; McSherry 1997</i>)</p> <p>De plus, les chercheurs n'ont pas réussi à rendre les résultats obtenus et l'implémentation dans la pratique rapidement accessible à une large audience. (<i>Hunt 1981 ; Mulhall 1997</i>)</p> <p>Les facteurs d'organisation interviennent également, en particulier : le manque de soutien des directeurs (« managers ») et docteurs, les problèmes de diffusion, les difficultés de gestion de l'innovation (ceci inclut : le temps nécessaire à l'implémentation du changement et les contraintes liées aux ressources.) (<i>Hunt 1981 ; Closs & Cheater 1994 ; Caine &</i></p>

Kenrick 1997 ; Newman et al. 1998)

Donc, pour que les praticiens puissent assurer la meilleure pratique des soins, il y a besoin d'une réponse organisationnelle.

Changer la pratique peut impliquer une politique de changement, le développement des guideline basés sur des preuves, un apport éducationnel ainsi qu'une gestion efficace du changement. (*von Degenberg 1996*)

Kitson et al. (1996) lie ces différents processus en décrivant une approche déductive pour développer la pratique en 3 étapes : 1) Les connaissances permettant d'informer la pratique : doivent être générées par l'activité de recherche, les revues systématiques publiées et le développement de guideline cliniques, 2) l'implémentation : Tenir compte des facteurs organisationnels, du comportement de l'individu praticien et du rôle de l'agent de changement, 3) l'évaluation peut contenir: une auto-évaluation individuelle, un audit clinique ou une recherche qui permettrait d'évaluer. *Kitson et al.* met l'accent sur la nature cyclique de cette approche (et non un processus linéaire) pour que l'évaluation s'effectue dans une génération de nouvelles connaissances pour façonner la pratique. (Dans ce papier, ils cherchent à combler ce manque en fournissant un compte rendu sur l'approche de promotion de l'EBP dans un hôpital anglais de soins aigus NHS Trust).

Le début de l'étude : (p.356) L'étude a commencé en réponse à une discussion avec l'infirmière cheffe d'un hôpital universitaire de soins aigu en 1996. Cela a mené à une équipe de 3 infirmières qui avaient pour tâche de travailler en collaboration afin d'aller vers une culture d'infirmières se basant sur les preuves (EBN). Il a semblé opportun de choisir un sujet sur lequel se concentrer pour faire cette étude et être utilisé comme un véhicule servant à avoir une vision plus large de l'EBP. Les risques d'escarres a été choisi comme sujet de focus car il est clair qu'il y a le besoin d'avoir des informations sur l'incidence et la prévalence des escarres afin d'effectuer des contrôles de qualité.

	<p><u>Etape 1</u> : revue de recherche de preuves (p.356) : Le but de cette première étape est de déterminer la portée et le statut des preuves qui soutiennent le thème des escarres. Ils ont remarqué qu'une revue systématique (<i>NHS Centre of Reviews & Dissemination 1995</i>) ne suffisait pas à faire office de base dans l'évaluation des pratiques et des propositions de changements. Cette revue soulignait cependant l'importance de prendre en compte le de degré de risque d'escarres en fonction de la fréquence et de la prévalence des escarres.</p>
<p>Méthodes</p> <p>Devis de recherche</p>	<p><u>Devis</u> : approche déductive => quantitative</p> <p>→ Comme il y a déjà de la littérature qui traite du sujet des escarres dont une revue systématique (<i>NHS Centre of Reviews & Dissemination 1995</i>), ils ont choisi une approche déductive</p>
<p>Population et contexte</p>	<p><u>Contexte</u> : 11 services dans le Trust</p> <p><u>Population</u> : infirmières avec différents grades et niveaux d'expérience de travail différents</p> <p>275 questionnaires envoyés et 255 retourné en réponse, soit 87% de réponses.</p>
<p>Collecte des données et mesures</p>	<p>Un questionnaire d'auto-évaluation avec 25 questions basées sur des guidelines pour les traitements de plaies d'escarres. 6 questions concernaient la pratique d'évaluation des risques et 19 questions évaluant les connaissances des infirmières sur les escarres.</p> <p>Pour appuyer l'étude de résultats et la revue sur les pratiques, un audit des archives des infirmières a été effectué. Un échantillon de patient a été sélectionné dans chacun des 11 services. 3 aspects ont été examinés : 1) si l'évaluation des risques a été recensé, 2) où les risques d'escarres étaient retranscrits dans les dossiers, 3) la fréquence des réévaluations des risques d'escarres</p> <p><u>Etape 2</u> : revue sur les connaissances et la pratique en lien avec l'évaluation et la prévention des escarres qui a entraîné une évaluation des connaissances des infirmières et un audit sur les archives des infirmières (p.357, colonne droite). Cette</p>

	<p>étape contient les chapitres méthodes et résultats.</p> <p><u>VD</u> : évaluation et la prévention des escarres</p> <p><u>VI</u> : les connaissances des infirmières et les archives des infirmières</p>
Déroulement de l'étude	<p><u>Le déroulement de l'étude</u> est cité brièvement dans le background (p. 356): 1) revue de recherche de preuves, 2) l'évaluation des connaissances et de la pratique, 3) une approche à multiples facettes pour accomplir le changement.</p> <p>→ recommandations pour la pratique concernant la prévention des escarres résultantes des recherches puis la recherche d'un modèle pour implémenter cela et faciliter le changement. (dans ch. discussion, p. 359)</p> <p><u>Ethique</u> : pas clairement explicité</p>
Résultats Traitement des données	<p>Des statistiques ont été effectuées pour illustrer les résultats dans le texte (pourcentages)</p>
Présentation des résultats	<p>Il y a une variation considérable entre les connaissances et la pratique d'évaluation des risques et de prévention des escarres chez les différentes infirmières qualifiées.</p> <p><u>Résultats de l'audit</u> :</p> <p>97% ont affirmé faire l'évaluation des risques d'escarres à l'entrée des patients et 85% identifient l'échelle Waterlow Score Chart (<i>Waterlow 1985</i>) comme adéquate à cela. 18% des infirmières disent qu'un changement chez le patient est une raison de réévaluer les risques et 23% disent qu'elles sont conscientes que les patients devraient de toute façon être réévalués chaque semaine même si leur état de change pas.</p> <p><u>Résultats de l'étude</u> :</p> <p>Elle a montré également de grandes différences entre les connaissances des infirmières. Certaines sont bien informées et</p>

d'autres ont une compréhension très limitée surtout concernant le lien en les facteurs physiologiques. (p.357)

74% reconnaissent la rougeur comme un indicateur précoce d'escarres, 73% disent que le repositionnement est un bon moyen de réduire les escarres

Les infirmières ont moins bien répondu aux connaissances sur les processus physiologiques → Elles avaient de la peine à identifier et différencier les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui prédisposent aux escarres. Seulement 17% ont dit qu'une pression externe est un facteur extrinsèque, seulement 39% ont reconnu le statut nutritionnel comme un facteur intrinsèque et seulement 3% ont parlé de l'incontinence.

L'audit sur la documentation des infirmières a montré un manque de cohérence dans les différents services dans les documents prévus pour noter ces données (contiennent : données d'entrée, plan de soins, papier d'évaluation, charte de Waterlow). → les données notées n'étaient pas assez précises. 85% des chartes d'évaluation remplies ne sont pas signées ou datées. Seulement 60% ont apparemment été évalués pour le risque d'escarres à leur entrée, 33% ont été réévalués chaque semaine et 58% semblent ne pas avoir du tout été évalués durant leur hospitalisation. La documentation était probablement plus à jour et plus précise lorsque c'était un spécialiste des soins de peau qui s'occupait des gens ayant des escarres. Certains services ont justifié le fait qu'ils n'avaient pas besoin de remplir les documents pour tous les patients car : chez eux les patients ne restaient pas longtemps ou qu'ils ne les considéraient pas à risque.

Etape 3 : réalisation du changement à travers une approche à multiples facettes

Diffusion des résultats :

L'audit sur les archives et l'étude sur les connaissances des infirmières ont montré qu'il y avait un besoin de changement dans la lumière des preuves disponibles. Pour implémenter le changement, une approche de haut en bas (top-down) et de bas en haut (bottom-up) semblait nécessaire pour répandre les résultats des recherches. Au moment où l'équipe de

recherche avait trouvé le problème, les infirmières cheffes devaient commencer leur travail par chaque service. Plusieurs approches sont utilisées (p. 358): offrir aux infirmières cheffes l'opportunité de discuter avec les chercheurs des résultats spécifiques à leurs services, publication d'un rapport dans les « Practice Development Newsletter », présentation des résultats lors d'un forum au « Nursing Practice Development Group » où toutes les infirmières étaient invitées, proposition de rencontres en petits groupes d'employés pour discuter de leur implication dans l'étude concernant leur domaine de travail et comment ils pourraient utiliser les résultats pour changer la pratique.

Faciliter le changement :

Un membre de l'équipe de recherche a été envoyé pour soutenir le développement d'une culture d'evidence-based et a donc travaillé avec les différents services pour faciliter le changement dans la pratique. L'impulsion de changement a préoccupé les infirmières cheffes et quelques infirmières seniors en voyant le manque de connaissances et d'informations inscrites dans les dossiers. Après des rencontres entre les chercheurs et les chefs de services, ils ont décidé de former des groupes d'evidence-base pour les 3 secteurs cliniques comprenant les infirmières cheffes, les facilitateurs d'audit, les chercheurs, les spécialistes des soins de peaux et les infirmières diplômées. Ils ont remarqué que l'évaluation des risques d'escarres n'était pas effectuée systématiquement dans le per-opératoire et que les soins infirmiers post-opératoires étaient donc peut-être inappropriés. Après cette prise de conscience ils ont donc commencé à travailler sur les soins per et post-opératoires. Les protocoles des différent secteurs concernant l'évaluation et la prévention des escarres demandaient d'être revus pour s'assurer qu'ils étaient basés sur les meilleures preuves disponibles (pour ce faire ils ont utilisés des revues sur leurs secteurs).

Dans l'audit ils se sont rendus compte qu'il était très limité vu le peu de documentation et que peut-être ce n'était pas représentatif de la pratique des infirmières, qui n'avait pas été observée (p. 358) => ils ont décidé d'étendre l'audit de

l'évaluation des risques pour donner plus d'informations sur les pratiques courantes : un groupe entrepris un audit plus complet avec la documentation et un autre groupe s'occupait d'observer les soins délivrés par les infirmières. Les infirmières des différents secteurs, les facilitateurs d'audit et les spécialistes des soins de peaux ont donc récolté des données sur des critères basés sur leurs recherches dans la littérature. Les résultats de l'audit ont été utilisés en plus de la littérature pour développer les protocoles basés sur des preuves concernant l'évaluation des risques d'escarres.

Développer des rôles de spécialistes :

En plus du travail effectué dans les différents services, ils ont donné de l'importance aux infirmières spécialistes en soins de peaux (pour soutenir l'"evidence-based") qui selon Simpson (1988) auraient un rôle de faire part de leurs compétences aux autres infirmières. Ces infirmières spécialistes sont plutôt vues comme les experts qui sont les seules à prendre des décisions en ce qui concerne le secteur des escarres. Les résultats de l'étape 2 ont démontré qu'il y avait besoin de spécialistes qui donnent des conseils d'experts, qui fassent de l'éducation et qui forment les infirmières sur les lieux de travail. Les chercheurs ont donc travaillé avec les infirmières spécialistes pour entrainer leurs compétences relationnelles pour donner l'accès et implémenter les recherches et pour explorer comment leur rôle pourrait être plus étendu pour mieux faire le lien entre la recherche et la pratique clinique.

Ils ont alors fait une révision du programme de formation du personnel sur la prévention des escarres en modifiant les guidelines pour s'assurer d'avoir les meilleures preuves disponibles et en redéfinissant les rôles des infirmières spécialistes pour définir les besoins organisationnels (*McCaffrey Boyle 1997*) (p. 359)

Un problème est ressorti des questionnaires et de l'audit sur la documentation : conflit entre les besoins cliniques et organisationnels pour les informations sur les patients avec un statut à risque d'escarres. Par exemple, les infirmières trouvaient difficile de concilier les scores de Waterlow dans les dossiers des patients pour documenter les soins cliniques

	<p>(car cela demande une expertise des infirmières spécialistes) et le besoin de relever chaque semaine la prévalence et l'incidence sous forme de schéma /chiffres (« figures »)→ ceci semble expliquer la pauvreté de la qualité au niveau local et national dans les classements. Les infirmières cheffes avaient le même problème pour concilier les acheteurs trimestriels des chiffres d'incidence, être attentif au budget concernant le coût de l'équipement et la qualité des soins reflétée dans la prévalence d'escarres. => les infirmières spécialistes ont du être plus stratégiques : toutes les informations étaient canalisées vers les spécialistes et données au consortium d'achat puis étaient développées pour refléter les informations locales qui avaient du sens pour le Trust. De plus, chaque service a commencé à documenter les risques et la collecte de données de prévalence et d'incidence afin de refléter les ressources nécessaires pour les tâches et de transférer les résultats aux spécialistes pour un contrôle.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Cette étude a eu beaucoup de succès dans la reconnaissance du besoin de revoir et de changer la pratique qui est en possession des infirmières diplômées et des infirmières cheffes. Les infirmières ont revu leur pratique pour s'assurer qu'elles se basent sur des preuves. Cependant, le changement n'a pas été possible dans certains services avant de faire ressortir leur implication dans l'étape 2 de l'étude.</p> <p>Les 3 stades de connaissance, l'implémentation et l'évaluation (<i>Kitson et al. 1986</i>) n'ont pas été simples et le nombre de problèmes qui sont survenus a justifié des discussions.</p> <p>Il est important de souligner que dans beaucoup de domaines de soins il y a peu de recherches sur lesquelles se baser pour améliorer la pratique mais en ce qui concerne les escarres il y a de nombreux écrits sur lesquels la pratique peut se baser (<i>Hunt 1996</i>). En effet, le NHS Centre for Reviews and Dissemination a bien démontré qu'il y avait assez de recherches sur le sujet pour justifier un tel exercice.</p> <p>Il y a de nombreux résultats trouvés dans les recherches qui pourront constituer des résultats définitifs à appliquer dans la</p>

pratique. Cependant, *le NHS Centre for Reviews and Dissemination (1995)* souligne que les résultats de beaucoup de recherches sont sans fondements et peu concluantes. Par exemple, le *NHS* dit qu'il y a peu de preuves que l'utilisation d'échelles d'évaluation des risques d'escarres soit mieux que le jugement clinique. (p.360)

Il est important de reconnaître que l'envie d'obtenir une pratique basée sur les recherches peut être contrecarrée non pas parce qu'il n'y a pas assez de recherches à ce sujet mais parce qu'elles sont souvent insuffisamment rigoureuses et les résultats sont peu concluants. Il est donc important que les infirmières soient reconnaissent les limites de la recherche qui soutien la pratique et qu'elles aspirent à développer une pratique basées sur des preuves établies sur leur jugement clinique et sur les préférences des patients dans une culture d'évaluation (*Sackett et al 1996*) où l'impact des soins infirmiers sur le bien-être du patient serait constamment revu et questionné.

Etant donné que les connaissances des infirmières concernant les escarres pouvant guider leur pratique étaient limitées, cela a questionné sur les soins procurés aux patients à risque d'escarres. Cependant, l'impact du manque de connaissance sur les soins au patient est peu clair mais cela est difficile à définir sans observer la pratique des infirmières. C'est pourquoi l'audit a été complété avec une observation des infirmières pour combler les limites de l'étape 2.

Depuis le début, il était évident que le processus de changements organisationnels serait complexe. Les infirmières cheffes semblaient septiques quant au succès de l'étude étant donné qu'un sujet précis était choisi. Il était donc espéré qu'elles s'investiraient à impliquer les résultats de l'étude dans leurs services. Il y a cependant quelques infirmières cheffes qui n'étaient pas très enthousiaste à répondre à l'étude. *Caine et Kenrick (1997)* disent que souvent les infirmières cheffes n'utilisent pas leur influence dans l'organisation de faciliter le développement d'EBP (p.360).

Au fil de l'étude il y a eu une implication qui est partie de l'approche top-down (=le problème d'évaluation des risques d'escarres n'est pas venu des infirmières mais des chercheurs et managers). Il est donc important de susciter l'intérêt et

de souligner l'implication des infirmières et pour ce faire les chercheurs ont essayé de présenter les résultats de manière facile à comprendre et d'offrir la possibilité à des groupes d'infirmières de discuter de leur implication dans l'étude afin de les transmettre dans leur secteur. Cependant, pas toutes les infirmières n'ont montré un intérêt et il y a un besoin de se focaliser sur les secteurs où peu de progrès ont été effectués.

Caine et Kenrick (1997) identifie que les infirmières cheffes ont tendance à transmettre la responsabilité de développer l'EBP aux praticiens. En effet, il y avait un risque qu'en relevant les insuffisances de connaissances des infirmières en matière d'escarres, la responsabilité de cet aspect des soins retombe sur elles et qu'on leur demande irréaliment de changer leur pratique sans en avoir les ressources et l'environnement adéquat. Pour surmonter ceci, une équipe de spécialistes avec une expertise en soins de peau, des chercheurs, un audit et des informations étaient disponibles pour guider les groupes d'EBP formés dans les services. (p. 360, colonne droite fond)

L'étude a souligné l'importance de trouver une approche stratégique pour surmonter les barrières du développement de l'EBP. Il n'était pas suffisant que les managers et les praticiens s'approprient le problème même si cela était crucial. Des structures appropriées devaient être mises en place (experts dans le domaine des soins de peau, recherches, audit, information) (p.361).

L'évaluation a un rôle important dans le processus de développement de l'EBP. *Kitson et al (1996)* identifient l'évaluation qui inclut l'audit comme 3^{ème} étape du modèle déductif. Mais ils soulignent également que les résultats doivent alimenter la production de connaissances et donc créer un processus cyclique. L'approche utilisée dans cette étude a été d'intégrer les éléments d'évaluation à travers chaque étape. L'audit a été utilisé comme moyen de faire prendre conscience aux managers et aux praticiens le besoin de changer. La culture évaluative a également fourni une structure aux groupes d'EBP pour faire une évaluation entre pairs à travers laquelle la pratique a été revue sur la base de

	<p>nouvelles preuves obtenues.</p> <p><u>Généralisation des conclusions</u> : Les principes de bases pour la réalisation de l'EBP sont résumés dans la Conclusion : important de prendre en compte les barrières individuelles et organisationnelles. Importance d'instaurer une culture évaluative car les recherches sont parfois peu concluantes donc l'expertise clinique et les perspectives des patients sont importants pour compléter les manques de la recherche. Utiliser l'audit comme mécanisme pour insuffler l'appropriation et la responsabilité de la pratique est important dans la promotion de la pratique des soins basés sur les meilleures preuves disponibles.</p> <p><u>Limites de l'étude</u> :</p> <p>Dans l'audit ils se sont rendus compte qu'il était très limité vu le peu de documentations et que peut-être ce n'était pas représentatif de la pratique des infirmières qui n'avait pas été observée (p. 358, colonne droite bas) → mais ils ont été plus loin par la suite pour rectifier cela</p> <p>Tous les managers n'étaient pas intéressés par l'étude</p>
Perspectives fut	Les conséquences de l'étude sur la pratique clinique sont sous-entendues dans la généralisation des conclusions
Questions générales Présentation	L'article est bien écrit et permet une analyse minutieuse, même si la structure de l'article est parfois difficile à comprendre tout de suite
Evaluation globale	Des pistes d'actions et des réajustements sont explicités clairement

ANALYSE 5 : MELNYK MAZUREK, B. ; FINEOUT-OVERHOLT, E., FISCHBECK FEINSTEIN, N., LI, H., SMALL, L., WILCOX, L. & KRAUS, R. (2004)

Nurses' Percieved Knowledge, Beliefs, Skills, and Needs Regarding Evidence-Based Practice : Implications for Accelerating the Paradigm Shift / Approche qualitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idée générale, problème de recherche</u>: Implication de la connaissance, des croyances, des capacités et des besoins des infirmières dans l'EBP</p> <p><u>Auteurs</u> : Sous le titre, avec mention de leur titre professionnel et des institutions auxquelles ils appartiennent</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : Le résumé contient les principales parties (Etat des connaissances, Méthode, Résultats, conclusion)</p> <p><u>Synthèse</u> : Bonne synthèse de l'article</p> <p><u>Mots clefs</u>: Pratique basée sur des preuves, enquête, infirmières, connaissances et croyances, facilitateurs, barrières</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: Acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du problème	<p><u>Problème de recherche</u> : De nombreuses institutions et agences fédérales continuent à être de loyaux avocats pour l'EBP, comme illustré dans d'importants documents de référence incluant le « Crossing the Quality Chasm » (Committee on Quality of Health Care in America, 2001) and « Health Professions Education : A Bridge to Quality » (Greiner & Knebel 2003). Dans le but d'accélérer le mouvement EBP, des agences fédérales aux US (ex : the Agency for Healthcare Reasearch and Quality [AHRQ] 2002) ont fondé des centres EBP pour répondre à d'importantes questions cliniques dans le but ultime d'améliorer la pratique des soins et les résultats auprès du patient. Bien qu'un paradigme de changement</p>

	<p>commence à apparaître partout dans la profession infirmières aux États-Unis, ce changement est lent – souvent à cause de mauvaises perceptions des soins basés sur des preuves, un manque de connaissances et de compétences sur l'EBP et de multiples barrières à son implémentation. Comme résultat, cela prend souvent jusqu'à 17 ans pour transférer les résultats de recherches dans la pratique clinique (Balas & Boren 2000).</p> <p>Les mauvaises perceptions communes concernant l'EBP sont qu'il ne prend pas en considération</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les preuves des études qualitatives 2. Les besoins et valeurs individuelles des patients 3. L'expertise des soignants (Melnyk et al. 2000 ; Barnsteiner & Prevost 2002). <p>Cependant, au contraire, l'EBP est une approche de résolution de problèmes de pratique qui incorpore toutes ces facettes (ex : preuves des meilleures études qualitatives et quantitatives, préférences et valeurs des patients et expertise clinique) dans le but de prendre la meilleure décision concernant les soins au patient (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005).</p>
	<p>Malgré une montée des recherches dans les dernières décennies et la disponibilité de la connaissance émergeant de toutes ces enquêtes, seulement un petit pourcentage des soignants implémentent les preuves des recherches dans leur pratique (Bostrom & Suter 1993, Jolley, 2002). Bien que le « National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov) et d'autres organisations professionnelles aient publié une multitude de guidelines basés sur les preuves, les soignants ne les suivent pas au moins 1 tiers du temps (Cretin et al. 2001). Avec la disponibilité de preuves valides et de guidelines basés sur des preuves, il y a des barrières continues qui empêchent les soignants d'utiliser ces ressources pour les aider à implémenter la meilleure pratique (Mc-Caughan et al. 2002).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Le modèle transthéorique du changement organisationnel (Transtheoretical Model of Organizational Change) et la théorie du contrôle (Control Theory) ont été utilisés pour guider le développement du questionnaire dans cette étude. Ces théories ont été choisies pour aider à poser des fondations solides sur lesquelles pourront être lancées d'autres études investiguant le</p>

	<p>transfert de la recherche dans la pratique.</p> <p>Le Modèle transthéorique du changement de comportement de santé (Transtheoretical Model of Health Behavior Change) place l'accent sur 5 étapes (Pré contemplation, contemplation, préparation, action et maintenance ; Prochaska & Velicer, 1997). Dans ce modèle, il y a 10 processus qui peuvent produire du changement. En voici 3 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se rendre compte que le changement est important pour le succès de quelqu'un ou quelque chose 2. Croire que le changement peut marcher et s'engager fermement envers ce changement (auto-libération) 3. Se rendre compte que le changement aura un impact positif sur l'environnement de travail (Prochaska et al.2001). <p>Ce modèle est maintenant étendu aux champs des changements organisationnels. L'hypothèse est faite qu'il y a une relation entre les croyances des infirmières sur l'EBP et la mesure à laquelle leur pratique est basée sur des preuves (ex : les individus qui pensent fermement que l'EBP donne de meilleurs résultats pour les patients reporteraient un niveau plus élevé de soins basés sur des preuves).</p> <p>La théorie du contrôle (Control Theory ; Carver & Sheier 1982, 1998) cherche à ce que la divergence entre les standards ou les but d'un individu (ex : EBP) et l'état actuel d'un autre (ex : soins non basés sur des preuves) incite le dernier à adopter un comportement pour atteindre le standard et les buts du premier. Cependant, il y a certaines conditions qui peuvent bloquer l'initiation du comportement à atteindre ce standard/but (ex : manque de temps ou de connaissances, nombre de patient élevé). C'est pourquoi des questions sur les barrières sont incluses dans le questionnaire. Il est important de ne pas se focaliser uniquement sur les barrières, mais également de déterminer les facilitateurs qui augmentent la capacité des infirmières à délivrer des soins basés sur des preuves. C'est pourquoi il y a également des questions sur les facilitateurs dans la recherche.</p>
Question de recherche	De nombreuses recherches ont identifié des barrières majeures aux soins basés sur des preuves (Champion & Leach 1989 ; Nilsson Kajermo et al. 1998, Retsas & Nolan 1999, Paraoo 2000, McCaughan et al. 2002 ; Melnyk & Fineout-Overholt

2002). De plus, dans une revue systématique des études examinant l'utilisation des recherches dans la pratique, Estabrooks et al. (2003) ont trouvé une association entre les croyances individuelles et l'attitude envers la recherche et son utilisation. Cependant, il y a un trou dans la connaissance actuelle pour savoir s'il y a une réelle relation entre la connaissance perçue des infirmières et leurs croyances sur l'EBP et le fait que leur pratique soit basée sur des preuves. Déterminer si cette relation existe est important pour le développement de futures RCT pour évaluer les effets des interventions ciblées pour améliorer les soins basés sur des preuves et les résultats aux patients, spécialement depuis que des études ont montré que la connaissance et les croyances personnelles sont des facteurs qui peuvent être influencés par des interventions d'éducation (Melnyk et al. 2001).

Buts de la recherche

Une étude descriptive est faite pour traiter de ce trou dans la littérature en décrivant

1. le niveau de connaissance et les croyances des infirmières concernant l'EBP
2. la mesure à laquelle leur pratique est basée sur des preuves
3. la relation entre ces variables

Déterminer si une relation existe entre ces variables est une clé pour guider les futures interventions pour augmenter l'EBP dans les institutions de soin et dans le contexte de la pratique clinique. De plus, de nombreuses barrières et de nombreux facilitateurs ont été explorés avec les besoins pour implémenter des soins basés sur des preuves.

Questions de recherches :

- Quelles sont les croyances des infirmières concernant l'EBP, surtout si l'EBP améliore la pratique clinique et les résultats auprès des patients.
- Quel est le niveau de connaissance des infirmières concernant l'EBP ?

- Dans quelle mesure la clinique des infirmières est-elle basée sur des preuves ?
- Quelles sont les barrières et les facilitateurs perçus par les infirmières implémentant l'EBP ?
- Quels sont les besoins des infirmières concernant l'implémentation de l'EBP dans leur contexte clinique ?

Hypothèses

- Il y a une relation entre la croyance que l'EBP améliore les résultats auprès du patient et le fait que leur pratique soit basée sur des preuves
- Il y a une relation entre la croyance que l'EBP améliore la pratique clinique et le fait que la pratique soit basée sur des preuves
- Il y a une relation entre les connaissances sur l'EBP et le fait que la pratique soit basée sur des preuves
- Il y a une relation entre les connaissances sur l'EBP et le fait que les infirmières s'engagent dans des initiatives EBP
- Il y a une relation entre les connaissances sur l'EBP et le temps de pratique en tant qu'infirmière en pratique avancée (cliniciennes avec un master p.ex.)
- Il y a une relation entre le fait que la pratique soit basée sur des preuves et l'utilisation de revues systématiques de recherche et/ou de guidelines (ex : Cochrane : base de données de revues systématique, National Guideline Clearinghouse)
- Il y a une relation entre le fait que la croyance que l'EBP améliore les résultats auprès des patients et le nombre de barrières perçues dans l'implémentation des soins basés sur des preuves
- Il y a une relation entre le fait d'avoir un mentor et les connaissances des infirmières sur l'EBP
- Il y a une relation entre le fait d'avoir un mentor et la mesure à laquelle les infirmières perçoivent leur pratique

	<p>comme « basée sur des preuves »</p> <p>Des études antérieures indiquent que les plus grandes barrières à l'implémentation de l'EBP sont le manque de temps et le nombre élevé de patients, l'attitude négative envers la recherche, la difficulté de chercher et de récupérer des recherches, la difficulté à lire et à comprendre les rapports de recherche, évaluation critique inadéquate et autres compétences d'EBP, manque d'autonomie ou de contrôle sur sa pratique (Nilson Kajermo et al. 1998, Retsas & Nolan 1999, Mc Caughan et al. 2002, Ciliska et al. in press, Melnyk & Fineout-Overholt 2005). De plus, le manque de soutien administratif et le manque de ressources sont identifiés comme des barrières qui dissuadent l'implémentation des soins basés sur des preuves (Cooke & Grant 2002).</p>
<p>Méthodes</p> <p>Tradition et devis de recherche</p>	<p>Enquête descriptive faite de janvier à octobre 2013</p>
<p>Population et contexte</p>	<p><u>Contexte</u> : US, quatre états (Connecticut, Caroline du sud, New Jersey et West Virginia) 73.1% (n=117) pratiquent et 42.5% (n=68) enseignent.</p> <p><u>Population</u> : 160 infirmières</p> <p>Saturation des données : Non</p>
<p>Collecte des données et mesures</p>	<p>Questionnaire : les items ont été développés par deux infirmières spécialistes en EBP, avec le modèle transthéorique du changement et la théorie du contrôle comme cadres de références. Une fois les items développés, ils ont été revus pour leur contenu et leur validité par un groupe interdisciplinaire d'experts de l'EBP. Le questionnaire à été testé sur 10 infirmières qui ont confirmé sa validité et sa clarté. Le questionnaire final contient 52 questions (9 questions démographiques, 4</p>

	questions mesurant les connaissances, croyances et mesure de l'EBP sur une échelle de 0 à 100, 9 questions fermées sur l'implémentation de l'EBP, 13 questions ouvertes sur l'implémentation de l'EBP, 3 questions concernant les connaissances, les croyance et le niveau de confort dans l'enseignement de l'EBP, dix questions fermées sur les enseignants de l'EBP, 4 questions ouvertes sur l'enseignement de l'EBP, une question sur les activités de recherches (écrits, journaux, posters).
Déroulement de l'étude	Enquête : les infirmières doivent remplir un questionnaire. Elle ont toutes prévu de participer a des ateliers et des conférences sur l'EBP <u>Ethique</u> : pas précisée
Résultats Traitement des données	Des statistiques descriptives (fréquences, pourcentages, moyennes, déviations standards) ont été calculées pour répondre aux questions de recherche. La corrélation r de Pearson a été utilisée pour tester les hypothèses. Puisque cette étude traite de la pratique clinique, l'analyse de donnée n'inclut pas les questions concernant les enseignements.
Présentation des résultats	Croyances et connaissance : bien que les participants croient fermement que la pratique basée sur des preuves améliore les soins ($M = 81.37$) et les résultats auprès du patient (moyenne : $M=83.81$ sur une échelle de 0-100), ils ne croient pas vraiment que L'EBP est utilisé ($M=50 / 0=$ pas du tout, $100=$ tout le temps). De plus, les participants croient modérément au fait que les preuves ont été utilisée pour guider la pratique infirmière en général ($M=46.54$). Les participants indiquent en moyenne que 46 % de leur pratique est basée sur des preuves. Barrières et facilitateurs : 42.3% reportent qu'il y a des barrières à l'implémentation. Les barrières identifiées sont (le manque de temps, le manque d'accès aux ressources (littérature, internet), le manque de soutien financier, la fermeture d'esprit (« nous avons toujours fait comme ca »), le manque de connaissances, le manque de soutien (management, médecins). P.188

Les barrières identifiées concernant la recherche et l'utilisation des résultats de recherche sont : le temps, le manque de soutien et la résistance (des infirmières, de l'administration), le manque de ressources (logiciels, internet, pas assez de personnel), le besoin d'un support statistique ou de banques de données, le coût, le manque de mentor, la connaissance et le nombre importants de journaux scientifiques. P.189, 1

44% des participants disent qu'il y a des facilitateurs qui aident les infirmières à intégrer les preuves dans la pratique. Les facilitateurs identifiés sont : les facultés infirmières = uni (présentation des concepts, donner des exemples clairs), les infirmières cliniciennes spécialisées, les ressources (librairie et personnel), discussion et utilisation courantes des recherches, administrateurs (infirmières manager), avoir un département de recherche, avoir des pairs chercheurs, avoir des mentors et des experts cliniques.

49% des participants disent qu'ils ont eu des mentors qui ont facilité leurs efforts concernant l'EBP. Les mentors identifiés sont les facultés, des infirmières leaders, des infirmières de pratique avancée et les collègues médecins.

Les types de support identifié comme nécessaires pour implémenter l'EBP dans leurs institutions sont l'éducation et la connaissance ainsi que du soutien institutionnel et administratif. 8 infirmières disent également qu'il faut les encourager en les informant de l'importance de l'implémentation de l'EBP.

Hypothèses :

1. Il y a une corrélation positive entre la croyance que l'EBP va améliorer les résultats auprès du patient et le fait que leur pratique soit basée sur des preuves. En effet, les infirmières avec des croyances plus fortes concernant le fait que l'EBP améliore les résultats auprès du patient reportent une plus grande mesure de soins basés sur des preuves.
2. Les infirmières qui ont des croyances plus fortes concernant le fait que l'EBP améliore la pratique clinique reportent une mesure plus élevée de soins basés sur des preuves.

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Les infirmières qui disent avoir une meilleure connaissance de l'EBP reportent une mesure plus grande de soins basés sur des preuves (meilleures connaissances 0 plus de pratique basée sur des preuves) 4. Les participants ayant de meilleures connaissances sur l'EBP ont plus facilement reporté être impliqués dans une initiative d'EBP en cours 5. Plus les participants ont d'expérience en tant qu'infirmière de pratique avancée, plus leur niveau de connaissance de l'EBP est élevé 6. Les infirmières reportant le taux d'utilisation le plus élevé de la base de données Cochrane ou du site www.guideline.gov sont aussi celles qui ont la mesure la plus élevée de pratique basée sur des preuves 7. Les infirmières ayant de fortes croyances concernant le fait que les preuves améliorent les résultats auprès du patient perçoivent moins de barrières à l'EBP 8. Les infirmières qui disent avoir un mentor révèlent également un taux plus élevé de connaissance de l'EBP. 9. Les infirmières qui ont un mentor qui leur sert de modèle pour l'EBP (recherche de preuves, évaluation de la preuve, appliquer les résultats de la recherche dans sa pratique) ont une mesure de leur pratique basée sur des preuves plus élevée (mentor = plus de pratique basée sur des preuves). <p>Avoir un mentor à aussi une corrélation positive avec le fait d'être impliqué dans une initiative basée sur les preuves.</p> <p>Alors que 100 participants disent avoir en ce moment un problème dans leur pratique qui pourrait trouver réponse dans la recherche de preuves, seulement 26 participants disent être en ce moment impliqués dans une initiative EBP.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie</p>	<p>Bien que les infirmières qui ont complété ce questionnaire ont de fortes croyances concernant le fait que l'EBP améliorerait les soins cliniques et les résultats auprès des patient, leurs connaissances sur l'EBP est bien plus bas que leurs croyances. C'est pourquoi les participants sont motivés à participer aux ateliers EBP pour avoir de meilleures</p>

et des concepts	<p>connaissances ou pour aiguïser leurs compétences liées à l'EBP. Ces résultats sont cohérents avec la modèle du changement transthéorique qui indique que les individus qui pensent qu'un changement est importants au succès (ici le succès est un plus haut niveau d'EBP) et qu'il aura un impact positif sur l'environnement du travail ont plus de chance de changer leur comportement (Prochaska et al.2001). les résultats de cette recherche montrent que les connaissances et les croyances concernant l'EBP sont reliées à la mesure à laquelle les infirmières s'engagent dans l'EBP, ce qui a d'importantes implications pour les essais d'interventions futures pour accélérer les soins basés sur des preuves. Il est reconnu que la connaissance seule ne résulte pas nécessairement en un changement de comportement (Melnyk 2002).bien qu'il soit nécessaire que les infirmières possèdent les connaissances et les compétences basiques liées à l'EBP, il est indispensable qu'elles croient en le fait que l'EBN va donner de meilleurs résultats pour qu'un changement apparaisse dans leurs pratiques (Melnyk & Fineout-Overholt 2005). Les futures interventions visant le renforcement des croyances des infirmières concernant les bénéfices de l'EBN dans l'amélioration des soins cliniques et des résultats auprès des patients vont probablement déclencher un plus haut niveau de motivation ou d'intention à s'engager dans des soins basés sur des preuves. Une fois que ces croyances seront renforcées, le modèle transthéorique du changement prédit que les infirmières seraient réceptives à l'apprentissage et à implémentation des compétences nécessaires pour s'engager de manière systématique dans des soins basés sur des preuves. Il est donc important pour les futures interventions d'être cohérentes avec la stade dans lequel les infirmières sont dans leur processus de changement (pré contemplation, contemplation, préparation, action, maintenance). Faire correspondre les interventions avec le stade de changement dans de futures études pourrait réduire leur stress et leur résistance au changement et pourrait réduire le temps que cela prend pour implémenter le changement vers l'EBP dans les contextes de soins (Prochaska et al. 2001) P.190.</p> <p>Il y a aussi une forte corrélation entre le fait que la pratique des infirmières soit basée sur des preuves et le fait d'avoir un</p>
-----------------	--

mentor qui facilite l'EBP, l'utilisation de la base de donnée de revues systématique Cochrane et l'utilisation du National Guideline Clearinghouse. Etant donné que le fait d'apprendre à chercher dans les bases de données contenant des revues systématiques et des guideline est un pas très important dans l'EBP, il n'est pas surprenant que les individus ayant de bonnes connaissances concernant ces ressources sont capables d'implémenter un plus haut niveau d'EBP. Cependant, malgré cette relation, seulement environ 1/3 des participants utilisent ces bases de données.

Dans une étude antérieure, il est ressorti que le mentorat dans l'EBP était un élément clé pour implémenter des soins basés sur des preuves (Melnik & Fineout-Overholt 2002). De plus, les infirmières avec mentors reportent un niveau de connaissance de l'EBP plus élevé. Cela soutient le travail de Thompson et ses collègues (2001) qui ont conclu qu'une des clés pour l'utilisation de la recherche dans la pratique quotidienne sont les infirmières avec un master qui ont acquis et ont partagé leur connaissance de la recherche.

Les conditions facilitant l'implémentation sont : la capacité de changement de l'institution incluant un soutien fort à tous les niveaux de leadership, une infrastructure d'implémentation (ex : ressources adéquates), les caractéristiques de l'équipe de soin (ex : vision partagée), les caractéristiques des guidelines (ex : importance des guidelines pour les cliniciens) et la crédibilité du guideline (Solberg et al. 2000).

Gerrish & Clayton (2004) ont offert des solutions aux différentes barrières (manque de temps, manque d'accès aux ressources comme internet p.ex., manque de soutien financier, pas d'ouverture d'esprit – nous avons toujours fait comme ça, manque de connaissances, manque de support administratif, besoin d'un mentor) comme un conseil de recherche pour intégrer L'EBP dans les disciplines et les pratiques hospitalières, un programme d'éducation pour enseigner l'EBP et des facilitateur de l'EBP dans le site.

Généralisation des conclusions : Non

	<p><u>Limites</u> : Recherche effectuée avant le début des workshops (ateliers) auxquels les participants s'étaient inscrits et qu'ils avaient décidé de suivre → on sait donc que les participants sont motivés concernant l'EBN, certains participants n'ont pas répondu à toutes les questions</p>
Perspectives	<p>Ici, les infirmières sont intéressées à l'EBP, donc de futures recherches devraient être effectuées avec un échantillon d'infirmières pas forcément inscrites dans des ateliers d'EBP.</p> <p>Besoin de recherche qui évaluent quelles interventions marchent et lesquelles ne marchent pas.</p> <p><u>Implications pour la pratique</u></p> <p>Dans le but d'accélérer la pratique basée sur des preuves, les infirmières doivent recevoir des informations qui renforcent leurs croyances en le fait que l'EBP améliore les soins et les résultats aux patients, ainsi que des ateliers interactifs qui augmentent leurs connaissances et leurs compétences de l'EBP. En plus de renforcer les connaissances et les compétences des infirmières, avoir un accès constant à des mentors pourrait être la clé pour une implémentation cohérente des soins basés sur des preuves. Les facilitateurs et les barrières doivent être évalués dans chaque système de soins afin que des stratégies ciblées pour surpasser ces barrières soient implémentées.</p> <p>Pour que l'EBP devienne le standard dans la pratique, les agences fédérales, les institutions de soins, les politiques et les organismes de règlements/régulation ? (ceux qui font les règles ?) doivent le préconiser et exiger son utilisation P.192.</p>
Questions générales Présentation	Bonne présentation, se prêtant à une analyse minutieuse.
Evaluation globale	Résultats probants et utiles pour la pratique infirmières

Nurse's attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention / Approche quantitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idee générale, problème de recherche</u>: identifier les attitudes des infirmières, les comportements et les barrières concernant la prévention des escarres</p> <p><u>Variables</u> :</p> <p>VI : attitudes, comportements, barrières</p> <p>VD : prévention des escarres</p> <p><u>Devis</u> : pas énoncé dans le titre mais dans le résumé : étude transversale=> quantitative</p> <p><u>Auteurs</u> : Les auteurs sont cités ainsi que leur fonctions</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> :sont présentes (état des connaissances, objectif, méthode, résultats, conclusion)</p> <p><u>Synthèse</u> : bon résumé</p> <p><u>Mots clefs</u>: attitudes, barrières, comportements, changement, infirmières, escarres</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du problème	<p><u>Problème de recherche</u>: Malgré les progrès dans les technologies modernes et le déploiement des équipements de prévention disponible, les escarres ne diminuent pas (<i>Clark & Cullum, 1992 ; Whitfield et al., 2000 ; Kaltenthaler et al., 2001</i>). Les escarres représentent des coûts élevés pour le système de santé et a des effets négatifs dans la réalisation des objectifs de soins (<i>Clark, 1994</i>).</p>

<p>Recension des écrits</p>	<p>Les changements démographiques vont engendrer une augmentation de l'âge de mortalité et donc augmenter le nombre de patients âgés (<i>Haalboom, 2000</i>), ceci va augmenter le risque d'escarres même s'il ne touche pas que la population âgée.</p> <p>L'apparition d'escarres est influencées par 2 facteurs : 1) facteurs intrinsèques et 2) facteurs extrinsèques (<i>Bliss, 1990</i>).</p> <p>La viabilité des tissus est relativement nouvelle et est en développement en Irlande. Le premier poste d'infirmière spécialiste en viabilité des tissus a été pourvu en 2001 (<i>National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2002</i>) et il existe aujourd'hui environ 22 spécialistes dans ce secteur de soins (<i>Moore & Cowman, 2003</i>).</p> <p>Ce métier est le bienvenu étant donné qu'en Europe la prévalence d'escarres est d'environ 18% [<i>European Pressure Advisory Panel (EPUAP), 2002</i>] et qu'en Irlande elle est de 12,5 à 21% dans les milieux de soins aigus (<i>Moore & Pitman, 2000 ; Jordan O'Brien, 2002</i>).</p> <p>Il n'existe pour le moment pas de stratégie nationale pour la gestion et prévention des escarres en Irlande mais les documents du gouvernement accordent de l'importance à la prévention des escarres au niveau national (<i>Department of Health and Children [DoHC], 2001</i>). Dans ces documents il est dit que les soins doivent être opportuns, appropriés et basés sur des preuves(p.943).</p> <p>Le moteur doit être la santé et la qualité de vie des utilisateurs du système de santé Irlandais. En effet, le rapport de <i>The Working Group on Elder Abuse (2002)</i> charge les soignants de disposer de mesures de prévention adéquates. Mettre la responsabilité sur le dos des soignants, c'est abuser de l'individu et c'est intolérable.</p>
<p>Cadre théorique ou conceptuel</p>	<p><u>Concepts</u> : prévention, escarres</p>

Hypothèses	<p><u>But de la recherche</u> : identifier les attitudes des infirmières, les comportements et les barrières perçues concernant la prévention des escarres ainsi que les barrières perçues concernant la prévention et la gestion des escarres.</p> <p>La prévention des escarres est un problème à multiples facettes dans lequel les attitudes influencent le comportement (<i>Petty & Cacioppo, 1996</i>). Une personne qui a une attitude négative envers un sujet donné, a peu de chance d'avoir un comportement positif par rapport à ce même sujet (p.943).</p> <p>Azjen et Madden (1986) décrivent 2 influences indépendantes qui déterminent l'intention individuelle pour avoir un comportement en particulier : 1) influences personnelles : l'attitude envers le comportement, 2) influences sociales : pression sociale pour adopter le comportement.</p> <p>Le contrôle perçu est une variable importante dans la prédiction de l'intention par rapport à un comportement. Le contrôle perçu est influencé par des facteurs comme les connaissances, les compétences, le temps, les opportunités, l'autonomie et les ressources et cela justifie une considération sérieuse dans la planification des services (<i>Nash et al., 1993</i>). <i>Maylor et Torrance (1999a)</i>, suggèrent qu'il y a une corrélation entre la perception du contrôle et le taux de prévalence des escarres. Si le personnel sent pouvoir contrôler la prévention des escarres et pouvoir agir directement sur les résultats en faisant de la prévention des escarres, la prévention aura plus de valeur que s'il pense que la prévention des escarres est contrôlée par les autres (p.943).</p> <p>La perte de contrôle sur le comportement peut être influencée par des facteurs internes et externes (<i>Azjen & Madden</i>). Dans le cadre des escarres des facteurs internes pourraient être les compétences et les connaissances. En effet, sans instructions adéquates, il y a une tendance à adhérer à des pratiques ritualistes (<i>Hicks, 1996</i>). <i>Prochaska et Di Clemente (1984)</i> ont décrit le processus de changement à différentes étapes dont une s'appelait l'auto-libération = lorsqu'un individu a le choix entre plusieurs alternatives (p. 944). Un élément important concernant le choix est d'en prendre la</p>
------------	--

	<p>responsabilité. Il est plus difficile de choisir lorsqu'on a pas assez d'informations disponibles sur le sujet (<i>Prochaska et Di Clemente, 1984</i>). La tendance à aller plutôt vers une pratique ritualiste représente la peur du changement dû au manque de connaissance plutôt que la volonté de changer.</p> <p>La viabilité des tissus est un problème infirmier et le développement d'escarres peut être lié aux attitudes des infirmières, à l'éducation et aux compétences dans le domaine de la prévention et de la gestion des escarres (<i>Benbow, 1992 ; Beitz et al., 1998 ; Culley, 1998</i>). La prévention des escarres est la responsabilité de tous les professionnels de la santé impliqués dans ce processus et les connaissances et compétences doivent être exécutées efficacement (<i>Culley, 1998</i>). Non seulement, l'éducation augmente la conscience du problème des escarres, mais elle procure une base solide dans la prise de décision et dans le cadre pour développer et maintenir les compétences (<i>Benbow, 1992</i>). Il faut également que les infirmières aient envie d'implémenter de nouvelles connaissances dans leur pratique (<i>Benbow, 1992, Culley, 1998</i>). En effet, <i>Bero et al. (1998)</i> ont montré qu'il y a plusieurs techniques pour promouvoir le changement de comportements et que la dissémination passive des informations n'est pas efficace.</p>
<p>Méthodes</p> <p>Devis de recherche</p>	<p><u>Devis</u> : étude transversale</p>
<p>Population et contexte</p>	<p><u>Contexte</u> :</p> <p>→ 2001, République d'Irlande, données collectées chez des infirmières travaillant dans le secteur de prévention et soins d'escarres</p> <p>→ 6 hôpitaux universitaires dans un setting urbain. Les hôpitaux sont choisis au hasard.</p> <p><u>Population</u> : (p. 944)</p>

	<p>→ 300 infirmières diplômées sélectionnées au hasard ont été conviées à participer → 121 infirmières (40.3%) ont répondu</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : infirmières diplômées à plein temps avec un travail permanent dans l'hôpital, services de médecine/de chirurgie/de brûlés et plastique/orthopédie/gériatrie/soins intensifs → ces services sont choisis car la prévention des escarres fait parties de leur routine journalière</p> <p><u>Critère d'exclusion</u> : les services dans lesquels il n'y avait pas d'évaluation des patients hospitalisés, de plan et de mise en action de prévention des escarres n'était pas une routine journalière</p> <p>121 infirmières représentent environ le nombre de participants qu'ils avaient prévu, soit 130 sur les 300 envoyés.</p>
Collecte des données et mesures	<p><u>Récolte de données</u> :</p> <p>→ La méthode utilisée a été de récolter des données dans un large échantillon et d'identifier la vision d'un groupe plutôt que celui d'un individu (<i>Parahoo, 1997</i>)</p> <p>→ Utilisation d'un questionnaire (envoyé par la poste) pour éviter l'effet du chercheur sur le sujet et leur permet de répondre honnêtement et librement aux questions.</p> <p>→ Questions structurées pour éviter des biais (<i>Sajiwandani, 1996</i>). La dernière question était ouverte.</p> <p>Les variables sont opérationnalisées et explorées à travers le questionnaire</p>
Déroulement de l'étude	<p><u>Procédure</u> : une étude pilote a été menée auprès de 16 infirmières afin de pouvoir modifier le questionnaire pour cette étude. Les données récoltées durant l'étude pilote n'ont pas été utilisées pour cette étude.</p> <p>→ Des questionnaires ont été envoyés par mail et les personnes n'ayant pas répondu ont reçu encore un questionnaire accompagné de plus d'explications sur la nature de l'étude.</p> <p><u>Ethique</u> : approbation du Local Research Ethics Committee, anonymat des participants et des institutions et les données</p>

	ont été traitées de manière confidentielle (p.945).
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont été effectuées avec des logiciels adaptés
Présentation des résultats	<p><u>Formation sur la prévention et la gestion des escarres :</u> (p.946)</p> <p>76% des infirmières étaient diplômées depuis 2 à 10ans et 67% n'avaient pas reçu de formation sur la prévention et la gestion des escarres depuis leur diplôme.</p> <p>Les formations reçues les plus fréquentes étaient les formation en cours d'emploi sur les soins de plaies, la prévention des escarres et la manipulation des manuels. Un petit nombre de participants avait reçu une éducation de plus haut niveau comme des cours sur la viabilité des tissus ou des diplômes supérieurs de soins infirmiers en gérontologie.</p> <p><u>Attitudes par rapport à la prévention des escarres:</u> (p.946)</p> <p>Les infirmières ont démontré une attitude plutôt positive envers la prévention des escarres. 75% des infirmières ont trouvé que tous les patients sont à risque de développer des escarres, 76% ont trouvé que la plupart des escarres pourraient être évitées, 99% disent que c'est un besoin/qu'elles doivent être concernées/s'intéresser aux escarres.92% identifient la prévention des escarres comme plus importante que le traitement des escarres, 92% trouvent que l'évaluation devrait se faire régulièrement durant leur séjour, 84% trouvent qu'une évaluation continue donnerait des comptes rendu précis des risques des patients</p> <p>Pour d'autres questions, les réponses étaient plus étendues :40% trouvent que les escarres diminuent alors que seulement 30% trouvent qu'elles augmentent. 41% trouvent que la prévention des escarres dévore le temps, 51% trouvent que la</p>

prévention d'escarre est une basse priorité. 28% avouent être moins intéressées par la prévention des escarres que par d'autres aspects des soins. 32% trouvent que leur jugement clinique est meilleur que les outils d'évaluation des risques d'escarres disponibles.

Barrières pour l'évaluation des risques et la prévention des escarres:

Evaluation des risques : 60% relèvent le patient (trop malade pour faire l'évaluation ou pas coopératif), 60% relèvent le manque de temps, 36% relèvent le manque de personnel. Seulement 9% disent que le manque de formation, de ressources et de guidelines et les problèmes avec l'utilisation des outils d'évaluation est une barrière importante. Seulement 4 participants relèvent que le manque d'éducation est une barrière.

Prévention : les mêmes barrières sont relevées : personnel (57%), temps (42%), patient (35%). Cependant, le manque d'éducation et de formation ne sont pas mentionnés.

Pratiques de prévention des escarres :

Un outils d'évaluation des risques était utilisé dans 95% des pratiques → les outils les plus cités : Maelor (40%) (*Williams, 1991*), Waterlow (22%) (*Waterlow, 1985*) et Norton (13%) (*Norton et al., 1962*). 70% indiquent que des outils d'évaluation sont disponibles mais 78% sont incapables de nommer correctement ces outils. 93% indiquent qu'elles exercent la prévention des escarres. 89% effectuent la prévention car cela représente une part essentielle des soins infirmiers alors que 11% disent qu'elles sont influencées par les pratiques ou attentes des autres membres de l'équipe. 19% sont d'accord sur le fait qu'elles effectuent la prévention car la politique de l'hôpital le demande. Les infirmières qui effectuent et écrivent les stratégies de prévention disent que des plans de prévention individuels ne sont pas effectués pour tous les patients. 21% disent qu'elles mettent à jour le plan seulement lorsqu'elles y pensent et 4% disent qu'elles ne le font jamais.

<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats montrent une attitude positive des infirmières face à la prévention et gestion des escarres. Cette attitude ne semblait pas être influencée par le moment où elles ont obtenu leur diplôme, les secteurs cliniques dans lesquelles elles exerçaient ou si elles avaient reçu ou non une formation formelle de prévention et gestion des escarres. Une attitude positive par rapport à un problème est un facteur d'influence important qui détermine la probabilité individuelle d'exécuter un comportement en question (<i>Fishbein & Ajzen, 1975</i>)(p.948). Champion et Leach (1989) et Hicks (1996) ont montré que l'attitude positive envers l'augmentation des recherches était très utilisée dans la pratique des soins infirmiers. Dans cette étude, les infirmières relèvent que le manque de temps et de personnel a un impact sur la pratique mais rarement le manque de formation comme barrière à la prévention des escarres.</p> <p>La prévention des escarres est un problème pluridisciplinaire, donc le 1^{er} problème est : si tous les membres de l'équipe ne participent pas entièrement, alors les efforts des autres membres seront vains (p.948). 2^{ème} problème : manque de personnel qui engendre un dépassement des limites du personnel au niveau clinique. Certains actes de prévention comme le repositionnement sont difficilement faisables sans aide. Si le manque de personnel continue ainsi que le fait de mettre la pression sur le personnel pour prioriser des tâches, ce ne sera pas étonnant si la prévention des escarres devient moins une priorité. (p.948)</p> <p>Les infirmières n'étaient pas au clair sur le taux de prévalence des escarres. Cet élément est important afin de pouvoir faire un plan de stratégies de prévention des escarres (<i>Dealy, 1991</i>). La conscience du taux de prévalence permet non seulement d'avoir une meilleure compréhension du problème, mais également de mettre en valeur la probabilité que le personnel soignant pense que la prévention des escarres est un concept important dans les soins infirmiers (<i>Anthony, 1996</i>). Pour planifier une politique de gestion et prévention des escarres, il est important de connaître si les pratiques courantes réalisent le but, par exemple diminuer le taux de prévalence [Department of Health UK (DoH UK), 1993]. Dans</p>
---	---

le setting de santé irlandais, il y a un clair manque d'informations par rapport à la prévalence et prévention des escarres (*Moore & Pitman, 2000*). Beaucoup d'infirmières participantes n'ont pas reçu de formation formelle sur la prévention des escarres depuis qu'elles sont diplômées. L'importance de l'éducation dans la prévention et gestion des escarres est bien documentée dans la littérature (*Gould, 1986 ; Benbow, 1992 ; Maylor, 1997 ; Arblaster, 1998 ; Culley, 1998*). Cela permet aux infirmières de développer et maintenir des compétences qui leur permettront de prendre des décisions cliniques basées sur de bonnes informations (*An Bord Altranais, 2000b*).

Ajzen & Madden (1986) et Nash et al. (1993) sont d'accord sur le fait que le contrôle est un déterminant important dans l'intention d'un comportement individuel. Le manque d'éducation est donc une cause de préoccupation. En effet, *Lamond et Farnell (1998)* ont identifié que les infirmières avec de meilleures connaissances prenaient de meilleures décisions cliniques que celles qui avaient de minces connaissances, ce qui réitère l'importance de l'éducation.

Un certain nombre d'infirmières ont admis être moins intéressées par la prévention d'escarres que par d'autres aspects des soins et que la prévention des escarres n'était pas une grande priorité. Ceci a été soutenu par une recherche antérieure de *Bostrom et Kenneth (1992)* qui ont identifié que la prévention des escarres n'était souvent pas considérée comme aussi importante que les autres tâches infirmières.

Les infirmières ont relevé également que le patient représentait souvent une barrière (car trop malade ou pas coopératif) ce qui peut être un problème qui requiert plus d'explorations (p.949).

En ce qui concerne les documentations de leur pratique, certaines infirmières ont dit écrire un plan de prévention des escarres mais ne pas l'appliquer, le mettre à jour seulement lorsqu'elles y pensaient ou encore que ce n'était pas fait pour tous les patients à risque. Cependant, c'est aux infirmières de documenter les soins, de planifier et effectuer, dans une logique et un sérieux, en gardant en tête que les plans de soins infirmiers sont des documents légaux (*Anthony, 1996*).

	<p><u>Généralisation des conclusions :</u></p> <p>Une grande quantité de temps et d'énergie est dépensées en planification de stratégies de prévention des escarres (p. 949). Les guidelines de <i>An bord Altranais (2000b)</i> indiquent que les infirmières ont la responsabilité de s'assurer qu'elles ont les compétences de délivrer des soins infirmiers, incluant la prévention et gestion des escarres. Les infirmières doivent chercher activement à avoir l'éducation requise avec comme devoir de maintenir leurs compétences dans les aspects de la pratique clinique (<i>An Bord Altranais, 2000b</i>). Le management a comme responsabilité de s'assurer que les ressources nécessaires à faire une prévention des escarres efficace soient disponibles, incluant l'éducation et en favorisant un environnement qui encourage le changement (p.949).</p> <p>L'attitude positive ne suffit pas à ce que le changement s'opère. C'est très important de procurer une pierre solide pour promouvoir la pratique en matière de prévention des escarres. Les barrières identifiées sont le manque de temps, de personnel, d'éducation et formation. Elles peuvent être des facteurs hors de contrôle du personnel de soins et donc non volontaires. De plus, l'influence des pairs (normes sociales) a été soulignée par certains participants.</p> <p><u>Limites de l'étude :</u> Seulement 40% de réponse, donc ceux qui n'ont pas répondu avaient peut-être des avis différents sur le sujet.</p> <p>Le changement rapide du personnel dans chaque site a aggravé le problème d'identifier le personnel clef.</p> <p>12% étaient employés depuis peu de temps dans l'institution.</p> <p>Une évaluation du niveau de connaissances aurait été une variable importante à mesurer.</p> <p>Des interviews qualitatives auraient permis aux participants de souligner les préoccupations à propos de l'implémentation de pratiques dans leur secteur, ce qui n'était pas possible avec un questionnaire.</p>
Perspectives	Prochaines recherches pour investiguer la relation entre le niveau de connaissance du personnel et leur attitude par

futures	<p>rapport aux soins d'escarres et leur prévention. Le rôle d'éducation est important et ne doit pas être sous-estimé et un investissement sur le sujet doit être ciblé de manière appropriée.</p> <p>Ce domaine doit encore être exploré en Irlande afin d'en faire ressortir un planning national de stratégies de prévention des escarres.</p>
Questions générales Présentation	L'article est bien écrit et permet une analyse minutieuse
Evaluation globale	<u>Résultats probants et utilité pour la pratique</u> : Beaucoup d'éléments sont mis en évidence, sur lesquels il faut travailler dans la pratique ou les recherches futures.

Strategies to Increase Research-based Practice / Approche qualitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idée générale, problème de recherche</u>: augmenter l'intégration des recherches dans la pratique</p> <p><u>Variables</u> :</p> <p>VI : research-based</p> <p>VD : practice</p> <p><u>Devis</u> : présent dans la méthode : « multiple-case study » = étude de cas multiples=> qualitative</p> <p><u>Auteurs</u> : cités ainsi que leurs fonctions</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : objectif, méthode, résultats et conclusion sont présents</p> <p><u>Synthèse</u> : bon résumé</p> <p><u>Mots clefs</u>: pratiques basées sur les recherches, utilisation des recherches, cluture d'unité, infirmière spécialiste clinique, professeur infirmière</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du problème	<p><u>Problème de recherche</u> : l'intégration des résultats de recherches dans la pratique</p>

Recension des écrits	Un focus important sur la pratique infirmière supérieure est d'intégrer les résultats des recherches dans la pratique car cela augmente le sens, la sécurité et l'efficacité des soins.
Cadre théorique ou conceptuel	Pas clairement explicité mais les concepts semblent être : Utilisation de recherche, facilitation
Question de recherche	<p><u>But de la recherche</u> : Répondre à la question « Comment et pourquoi les infirmières de soins aigu doivent-elles bâtir ou non leur pratique sur les recherches ? », explorer le processus de facilitation dans les activités de RU (= utilisation des recherches) utilisé par les CNSs (=infirmières clinique spécialistes) et CNEs (= infirmières éducatrices clinique) et l'influence de la culture d'unité sur la volonté du personnel à participer aux activités de RU.</p> <p>Les bénéfices des interventions basées sur les recherches ont été promus par les infirmières de pratique supérieure (« advanced practice nurses (APNs) ») qui ont été démontrés dans divers domaines comme la gériatrie (<i>Bourbonnerie & Evans., (2002)</i>), la psychiatrie (<i>Baradell & Bordeaux, 2001</i>) et les soins cardiovasculaires (<i>Ley, 2001</i>). L'utilisation efficace de recherches dans la pratique a été observée dans des secteurs spécifiques comme par exemple une initiative pour minimiser les patients à risque de « intravenous interruption ».Malgré de tels succès, Rycroft-Malone et al. (2002) et Rycroft-Malone et al. (2004) ont proposé qu'il fallait un contexte ou un environnement soutenant et une facilitation adéquate (p.24).</p> <p>Les infirmières spécialistes clinique (CNSs = clinical nurse specialists) et les infirmières éducatrices clinique (CNEs = clinical nurse educators) peuvent représenter un facilitateur important pour le développement de l'utilisation des recherches (RU = research utilization). Leur expertise de cliniciennes et leurs connaissances d'investigation scientifique leur donne les capacités de promouvoir l'établissement de liens pertinents entre les recherches et la pratique (<i>Bourbonnerie</i></p>

	<p>& Evans, 2002 ; Ohman, 1996).</p> <p>RU parle d'un processus complet de clarification de problème, des revues de littérature, de l'identification de l'innovation, de l'implémentation de changement et d'analyses et évaluations, et la culture d'unité a été définie comme les croyances, les valeurs et les normes dans une unité qui influencent la façon de penser et de pratique (Stetler, 2001).</p>
<p>Méthodes</p> <p>Tradition et devis de recherche</p>	<p><u>Devis</u> : « multiple-case study » = étude de cas multiples</p> <p>→ collecte des données et analyse préliminaire qui a donné des informations pour la collecte des données pour le deuxième cas/unité dont les analyses ont donné des informations pour le 3^{ème} etc.</p> <p>→ la collecte des données est adaptée au devis.</p>
<p>Population et contexte</p>	<p><u>Contexte</u> : (p.24)</p> <p>→ 8 unités de soins aigus : 3 unités d'oncologie (hospitalisations), 3 unités de neurologie et 2 cliniques d'oncologie</p> <p>→ 4 sites récemment reconnus comme hôpitaux universitaires</p> <p><u>Population</u> :</p> <p>→ CNSs et CNEs avec des responsabilités dans l'unité qui sont placées sous la responsabilité d'un associé directeur des soins.</p> <p>→ APNs avec un rôle lié au contexte soutenant pour la RU incluant les infirmières consultant pour le management de la douleur, les soins de plaies et les soins palliatifs.</p> <p>La méthode de récolte de données sous-entend une saturation des données.</p>
<p>Collecte des données et mesures</p>	<p><u>Collecte de données</u> :</p> <p>→ Dans 20 groupes focus de personnel infirmier</p> <p>→ A l'aide d'interviews individuels (enregistrés) avec des infirmières, des infirmières cheffes, 8 CNSs et CNEs</p>

	<p>→ Et à travers l'observation des activités des unités</p> <p>→ Après 6 mois : distribution des questionnaires aux infirmières pour décrire leurs caractéristiques démographiques et leur compréhension de l'utilisation de recherches.</p> <p>Les instruments de récolte de données sont adaptés à la question de recherche.</p>
Déroulement de l'étude	<p><u>Procédure de recherche :</u></p> <p>Données collectées et les observations et discussion (à propos des observations faites) sur la première unité ou cas ont informé la seconde, etc.</p> <p>Données spécifiques à récolter : ressources disponibles dans les unités, par exemple les ordinateurs, les manuels et leur utilisation par les infirmières</p> <p><u>Ethique :</u> approbation du conseil médical de l'éthique, les participants ont été bien informés de l'importance et des attentes de leur participation/questions de confidentialité/possibilité de se retirer, les infirmières ont été assurées que leur participation ou leur non-participation n'aurait pas de conséquences sur leur emploi, des formulaires de consentement ont été signés par les infirmières interviewées et le retour des questionnaires anonymes a été considéré comme un consentement à répondre</p>
Rigueur	La rigueur n'est pas clairement explicitée.
Résultats Traitement des données	Analyses effectuées à l'aide d'un programme informatique, puis formation de catégories des facteurs influençant le développement de la pratique basée sur les recherches.
Présentation	Les CNSs et CNEs soulignent toutes leur foi en la RU (= utilisation de recherches) et parlent de stratégies utilisées pour

des résultats	<p>l'accomplir : conduite de recherche, promouvoir la participation à la recherche, évaluer et subvenir aux besoins d'apprendre, faciliter la participation aux conférences, stimuler la formation de but/objectif pour la publication et présentation, encourager et répondre aux nouvelles idées, questionner, profiter des connaissances et compétences des experts en recherche, soutenir les échange d'expertises entre les infirmières, générer des ressources d'information et de matériel (p.25, tableau 2). Cependant, même si les CNS et CNEs disent utiliser ces stratégies, les résultats différaient selon les unités. Il y a donc probablement une interaction entre la stratégie ou la façon d'opérationnaliser et la culture des différentes unités.</p> <p>La culture des unités a été identifiée comme un phénomène de croyances, valeurs et pratiques. Tout cela comprend 7 thèmes qui ont été relevés afin de créer un cadre pour décrire les stratégies utilisées par les CNS/CNE pour atteindre la RU et le degré de succès. Dans ces thèmes, des stratégies sont proposées. Ils ont également lié la culture avec la RU.</p> <p><u>1. Harmonie des perspectives de recherche : (p.25-26)</u></p> <p>Cela se réfère à l'importance que les leaders et les infirmières estiment la recherche, aient une compréhension similaire de la signification de RU, puissent la différencier de la recherche et soient capables d'articuler les autres perspectives. Sans regarder le niveau de RU, les infirmières et CNSs/CNEs pensaient que les CNSs/CNEs devaient mettre le focus sur la RU alors que les infirmières devaient le mettre plus sur les soins directs au patient. Les stratégies pour une harmonie des perspectives de recherche incluent la conduite et la participation à la recherche et la promotion de l'implication des infirmières dans la recherche :</p> <p>→ <i>Conduite et la participation à la recherche : (p.25-26)</i> Dans les unités avec un haut niveau de RU, les infirmières étaient capables de voir directement les résultats de la pratique basée sur les recherches après la dissémination des propres recherches ou implication dans la recherche des CNS/CNE. Les infirmières décrivaient donc les pratiques courantes qui</p>
---------------	--

étaient basées sur des recherches récentes effectuées dans l'unité. Dans les unités où il y avait un bas niveau de RU, il y avait un manque de conscience ou une mauvaise information sur la recherche. C'est pourquoi une CNS d'une unité tenait de sessions régulières de discussion avec les infirmières à propos de la fatigue des patients car elle conduisait une recherche là-dessus. Cependant, les infirmières ne se sentaient pas concernées par cela car elles disaient que cela ne faisait pas partie de leur travail ou responsabilité=> on voit que la stratégie était la même mais que cette inefficacité suggère que cette unité avait une moins bonne harmonie des perspectives de recherche et souligne le besoin d'un soutien culturel d'ensemble.

→ *Promotion de l'implication des infirmières dans la recherche : (p.26)* L'implication dans la recherche apparaît comme renforçant le sentiment d'efficacité des infirmières et cela est probablement dû au fait de la contribution dans le processus de recherche. Cela a surtout été vu dans les cliniques où la majorité des patients étaient une part du protocole de recherche et donc que les infirmières reconnaissaient leur importance dans le processus. Dans les settings où l'harmonie était basse, les projets de recherches étaient vu comme appartenant à quelqu'un d'autre et généralement perçus comme créant plus de travail pour les infirmières.

2. Motivation à apprendre : (p.26-27)

Cela correspond à la possession et à la poursuite de « degrees » et la présence aux conférences et aux programmes de formations continues. 2 stratégies majeures utilisées par les CNE/CNS sont d'évaluer et de subvenir au besoin d'apprendre et faciliter la présence aux conférences :

→ *Evaluer et subvenir au besoin d'apprendre : (p.26-27)* la présence continue permet aux CNS/CNE une évaluation informelle des besoins d'apprendre en questionnant certaines observations et décisions des infirmières. Cela stimulait la curiosité des infirmières et leur motivation à apprendre. Elles évaluaient également les besoins de manière plus formelle

avec des enquêtes ou interviews. Cela leur permettrait d'évaluer le contenu des besoins d'apprendre mais également si les opportunités d'apprendre étaient accessibles. Les CNS/CNE, en travaillant en collaboration, ont créé des sessions éducationnelles et ont encouragé les infirmières à y participer en faisant des activités d'apprentissage. Elles soulignaient également constamment la pratique basée sur la recherche dans des discussions avec le personnel infirmier. Une CNE a créé une newsletter et y a inclus un petit quiz ou mot croisé pour divertissement autant que pour éduquer.

→ *Stimuler la participation aux conférences nationales et internationales* : (p.27) CNS/CNE ont donné aux infirmières des informations sur les conférences et les ont encouragées à y assister. Dans les unités avec un haut niveau de RU, les infirmières voulaient chaque année participer aux conférences pertinentes et attendaient avec impatience leur tour. Les CNS/CNE facilitaient également le fait qu'elles fassent un rapport de ces conférences à leur retour. Dans les unités où il y avait un bas niveau de RU, il y avait peu de participation aux conférences ou aux formations continues sauf si elles étaient bien rémunérées et durant le service. Les barrières venaient des leaders et des infirmières. Toutes les CNS/CNE pensaient que les conférences étaient inutiles pour leur unité. Même l'infirmière cheffe n'était pas très soutenante et les infirmières n'étaient pas motivées. De plus, il n'y avait pas d'obligation ni d'opportunité de faire un feed-back des apprentissages.

3. Orientation du but : (p.27-28)

Cela se réfère à l'importance de penser au futur et au type de but fixé. Les stratégies identifiées étaient de stimuler la formation de but pour les présentations et publications ainsi que d'encourager et répondre aux nouvelles idées.

Dans les services avec un haut niveau de RU, il y avait une harmonie entre les visions des infirmières et des leaders. Des plans étaient faits pour les projets en cours et lorsque l'un d'eux s'approchait de l'achèvement, les infirmières/CNE/CNS attendaient avec impatience le suivant.

Dans les unités avec un bas niveau de RU, l'amélioration des soins au patient était identifié par vague comme un but et le

but de l'amélioration des conditions de travail des infirmières était centré sur elles-mêmes au lieu d'être considéré comme ayant un impact sur les résultats du patient.

→ *Stimuler la formation de but pour la présentation et la publication* : (p.27) Les CNE/CNS ont aidé les infirmières en les encourageant à se concentrer sur comment elles voudraient améliorer la pratique et en les aidant à clarifier le processus. Dans les unités avec un haut niveau de RU, participer à une conférence et pouvoir y présenter quelque chose était un but qui stimulait l'activité de préparation. Cela les intéressait de pouvoir rencontrer d'autres infirmières avec des intérêts similaires. Les CNE/CNS les aidaient à préparer les papiers et poster et les infirmières faisaient leur présentation devant l'équipe comme répétition avant la conférence. Dans les unités avec un bas niveau de RU, le focus était mis sur les compétences basiques et les besoins immédiats mais rarement sur le futur. Il était rare, voir inexistant, de mettre un but de présentation ou publication. Une des CNE identifiait le changement d'équipe comme barrière au manque d'orientation de but.

→ *Encourager et répondre aux nouvelles idées* : (p. 27-28) Les CNE/CNS travaillant dans une unité à haut niveau de RU, remarquaient facilement les sujets d'intérêts des infirmières et un cas d'un patient était formulé en une question générale afin de les encourager à investiguer. Les CNE/CNS faisaient parfois des recherches dans la littérature pour aider les infirmières à se lancer dans l'atteinte du but. D'après elles, cela était assez motivant pour aider les infirmières à fixer leur propre objectif en relation avec le projet. Dans les unités avec un bas niveau de RU, les CNS/CNE essayaient de stimuler l'intérêt car les infirmières semblaient avoir un manque d'enthousiasme pour les soins quotidiens. Elles ont essayé de profiter de situations qui comprenaient à la fois l'attention sur les besoins immédiats et les orientations futures pour améliorer les résultats des patients.

4. Créativité : (p.28)

Cela se réfère à une façon nouvelle et inhabituelle de penser, d'agir et de résoudre les problèmes. Cela se chevauche avec d'autres thèmes, notamment le fait d'identifier et de subvenir aux buts, de créer des opportunités d'apprendre et de trouver des ressources pour atteindre l'objectif. Une façon de penser créative consiste à faire des connections parmi les expériences personnelles, les observations, les sources d'information, la littérature et l'opinion d'expert pour ensuite tester de nouvelles hypothèses cliniques. La stimulation de penser et de répondre positivement à de nouvelles idées a été utilisée pour promouvoir la RU :

→ *Questionner pour stimuler la réflexion* : (p.28) La présence journalière des CNE/CNS a facilité cela car elles pouvaient répondre immédiatement aux situations avec une question qui pouvait stimuler la réflexion. Dans les unités avec un bas niveau de RU, les questions ou suggestions étaient ignorées ou rejetées. Ils n'ont trouvé aucune CNS/CNE concentrée sur les traditions mais elles rencontraient parfois des situations dans lesquelles elles préféreraient se concentrer sur les compétences de base avant d'aller vers de nouvelles idées.

→ *Répondre aux nouvelles idées* : (p.28-29) Dans les services avec un haut niveau de RU, les infirmières qui venaient avec de nouvelles idées étaient encouragées à les poursuivre et leurs collègues se rendaient compte que cela demandait du temps et des efforts et étaient donc d'accord de partager les soins des patients afin de leur laisser du temps pour l'innovation. Elles étaient encouragées à développer des propositions et des recherches actuelles. Dans les unités avec un bas niveau de RU, il n'y avait pas ou très peu de nouvelles idées et lorsqu'une idée apparaissait, il n'y avait pas de soutien pour l'innovation de l'infirmière cheffe ou des infirmières. Une infirmière a dit : « There's not enough time to discuss it, you just leave it, and then unfortunately forget about it. I know we're constantly generating ideas. » (p.28, l.50)

5. Enquête critique : (p.28-29)

Cela se réfère au degré qu'une enquête approfondie est d'être suivie de questions ou de nouvelles idées. Les stratégies sont

de se concentrer sur l'encouragement à l'exploration des questions et de profiter des connaissances et compétences des experts en recherche disponibles dans l'hôpital :

→ *Explorer les questions et les idées* : (p.28) Dans les unités avec un haut niveau de RU, il y avait la volonté d'entendre les nouvelles idées. De plus, les CNS/CNE prenaient les questions au-delà de : « que doit-on faire ? » mais « Qu'est-ce que les recherches soulignent pour les soins ? » ou « Quel sera le résultat ? ». Elles aidaient les infirmières à poursuivre des questions cliniques approfondies en les aidant à utiliser la littérature et les autres ressources. Les infirmières disaient qu'elles essayaient de prendre de la littérature méthodologique et pertinente pour la pratique. Dans les unités avec un bas niveau de RU, il y avait un manque de questionnement qui se cantonnait à « Qu'est-ce que je dois faire ? ». Les questions se posaient souvent aux pairs et obtenaient souvent des réponses rapides mais sans d'approfondissement et n'étaient pas poursuivies. Cela est lié au manque de créativité où les traditions ou les expériences passées fournissent des réponses sans explorer les circonstances présentes ou futures.

→ *Exploiter les connaissances et compétences de recherche externes* : (p.28-29) Dans les unités avec un haut niveau de RU et d'enquête critique, les conseils d'experts (infirmières consultantes ou autres disciplines) étaient considérés comme étant une ressources externe. Les CNE/CNS encourageaient les infirmières à aller consulter les chercheurs sur leur site pour compléter leurs projets de recherche. Une CNS faisait des arrangements pour que les infirmières puissent rencontrer certains consultants. Les infirmières consultantes permettaient de faire ressortir les recherches en mettant en évidence leur pratique. Des ressources étaient également la présence d'étudiants universitaires car ils venaient avec leur esprit analytique et leurs questions ce qui stimulait les infirmières à réfléchir. Les CNS/CNE s'arrangeaient pour qu'ils aient à présenter leurs projets à l'équipe. Dans les unités avec un bas niveau de RU, les experts étaient rarement consultés et les infirmières n'avaient parfois pas connaissances des expertises présentes dans l'institution. Ils ne savent pas l'implication que les

CNE/CNS avaient là-dedans. Dans ces cultures, les étudiants étaient vus comme un fardeau à cause de leurs questions.

6. Respect mutuel :

C'est un large thème qui parle du respect mutuel entre les infirmières et leaders, la collégialité interdisciplinaire et l'identité et fierté de l'unité. Voir les autres comme experts et participer aux projets interdisciplinaires étaient des moyens pour promouvoir le respect :

→ *Soutenir les échanges d'expertise : (p.29)* Dans les unités avec un haut niveau de RU, les infirmières étaient reconnues comme experts et reconnaissaient les autres unités comme tel. Les CNS/CNE arrangeaient des sessions éducationnelles avec des membres d'autres disciplines et facilitaient la participation des infirmières aux opportunités d'apprendre sur la clinique. Dans les unités avec un bas niveau de RU, il y avait un respect mutuel limité et ni les infirmières ni les CNS/CNE n'ont mentionné un échange d'expertise. La relation avec les autres disciplines correspondait à un désaccord ou à un simple échange d'informations.

→ *Participer aux recherches interdisciplinaires : (p.29)* Dans les services avec un haut niveau de RU, les CNE/CNS participaient et incluaient les infirmières dans les recherches interdisciplinaires. Elles menaient des discussions sur d'autres disciplines à propos de questions importantes pour les soins. Dans les unités avec un plus bas niveau de RU, la notion de recherches interdisciplinaires manquait car il y avait moins la culture de recherche ou car la recherche des autres disciplines infirmières ne semblaient pas avoir de contribution.

7. Maximiser les ressources :

Cela se réfère au fait d'utiliser les ressources pour atteindre les objectifs individuels ou de l'unité. Dans le contexte des unités avec un haut niveau de RU, plusieurs composantes étaient présentes. Une d'elles était la conscience de l'existence et de l'accessibilité des ressources et il y avait alors une atmosphère de se sentir capable et gagnant d'obtenir de larges

ressources comme les experts, les financements et les ordinateurs. Ceci est lié à la créativité de chercher des innovations pour surpasser les limites des ressources actuelles. Les CNS/CNE jouaient un rôle crucial en gérant des ressources pour les projets internes et pour la présence aux conférences.

→ *Générer des ressources informatiques et matérielles : (p.29-30)* Les CNS/CNE étaient elles-mêmes considérées comme ressources car elles procuraient un accès aux ressources aux infirmières et leur enseignaient comment chercher et utiliser ces ressources. Les CNE/CNS et le personnel infirmier étaient conscients du lien entre l'utilisation des recherches pour persuader et pour obtenir des ressources pour effectuer un changement. Les CNE/CNS ont également fait pression à l'aide de la littérature pour mettre en valeur, auprès de l'administration, le besoin de matériel pertinent disponible pour les infirmières. Dans les unités avec un plus bas niveau de RU, les situations étaient associées à des barrières insurmontables qui étaient décrites par les leaders et les infirmières pour expliquer leur incapacité à obtenir des ressources : les ordinateurs étaient disponibles mais les infirmières n'avaient pas assez de temps ou de connaissances pour les utiliser avantageusement, les experts étaient présents mais les infirmières ne pensaient pas avoir l'autorisation de les contacter, les ressources actuelles étaient limitées ou inaccessibles ou les infirmières ignoraient qu'il existait des ressources ou carrément pensaient qu'il n'en existait pas.

→ *Trouver des ressources pour les conférences : (p.30)* Certaines unités étaient capables de trouver des ressources pour les infirmières pour présenter aux conférences nationales et internationales. Pas seulement un financement mais également du temps pour préparer les résumés et présentations. Ceci était très motivant et ces avantages avaient une influence importante sur la culture de l'unité. Dans les unités avec un plus bas niveau de RU, les barrières vues comme insurmontables engendraient apparemment un manque de preuves pour les CNE/CNS de faire pression pour des ressources. Les infirmières ne semblaient pas considérer possible de trouver leurs propres ressources pour aller aux

	<p>conférences.</p> <p><u>Résumé des résultats</u> : (p.30)Aucune des unités n'avait toutes les caractéristiques pour soutenir la RU ou pour ne pas soutenir la RU, il y avait des aspects des 2 dans chaque unité mais certaines avaient tout de même un plus haut niveau de RU. Des stratégies pour soutenir la RU ont été trouvées dans toutes les unités.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>De nombreuses stratégies se concentrent sur le fait de surmonter la résistance du personnel d'utiliser la recherche comme base de pratique→Elles incluent : maintenir une présence constante et visible, faire émerger des questions dans les groupes de discussions, soutenir les idées des infirmières et faciliter la poursuite de nouvelles idées, identifier les liens entre la recherche et les soins directs, impliquer le personnel dans les projets de recherche sensés, augmenter la participation du personnel aux conférences, faciliter l'apprentissage approprié des ressources en dirigeant le personnel vers les ressources appropriées.</p> <p>La résistance au changement n'est pas étonnante car c'est une inertie intrinsèque à tout système et la RU implique un changement continu de la pratique dans la lumière des nouvelles informations.</p> <p>Les données sont cohérentes avec le cadre conceptuel <i>de Harvey et al. (2002)</i> dans lequel il est dit que la présence de facilitateurs tels que les CNE et CNS est indispensable au succès de la RU. Ces auteurs disent que plus l'approche holistique (=doctrine soutenant qu'un énoncé scientifique dépend du domaine tout entier dans lequel il apparaît) du facilitateur est comparée avec une approche orientée sur les tâches, plus le développement sera efficace. Dans cette étude, les stratégies associées à un haut niveau de RU étaient holistiques : elles se concentraient sur la motivation et permettaient aux infirmières de construire leur pratique sur les recherches. Cependant, la présence et les efforts des CNE et CNS ne sont pas les seuls facteurs à augmenter les capacités et le désir des infirmières à incorporer les recherches dans leur pratique. Malgré les données octroyées par les CNE et CNS, souvent les infirmières ne mentionnaient pas ces stratégies. Cela ne</p>

signifiait pas forcément que les infirmières n'étaient pas au courant de ce que les CNE/CNS faisaient, mais ces stratégies ne semblaient pas être pertinentes dans l'esprit des infirmières.

Les infirmières ne pensaient pas au lien entre la recherche et la pratique à moins que la culture de l'unité soutienne cette réflexion (p.30).

En menant elles-mêmes les recherches infirmières et en impliquant le personnel infirmier, les CNS et CNE démontraient aux infirmières qu'elles pouvaient contribuer aux connaissances infirmières et qu'elles pouvaient améliorer les résultats des patients. Les infirmières répondaient à cette implication mais ce n'était pas constant.

Dans cette étude, les interventions utilisées par les CNE et CNS pour augmenter la RU sont cohérentes avec celles trouvées par d'autres études infirmières qui démontrent que de telles stratégies peuvent avoir un impact positif sur l'augmentation de l'utilisation de preuves dans la pratique clinique, dépendamment du contexte et de la culture des unités de soins (*Ohman, 1996 ; Cooke et al., 2002 ; Hanson, 1994 ; Prichard et al., 1994 ; Ryden et al. 2000*).

Le succès de la dissémination des recherches dans la pratique demande que les infirmières soient capables de faire la connexion entre les preuves scientifiques et les soins au client.

Faire partie d'une équipe de soins multidisciplinaire demande des interactions entre les experts cliniques et le personnel infirmier (*Morin et al., 1999*). Questionner la pratique durant des discussions de groupe a été identifié par plusieurs études comme un moyen efficace d'encourager le personnel à participer aux recherches cliniques, ce qui leur donne du mérite dans leur rôle à part entière dans l'équipe pluridisciplinaire (*Hanson et al., 1994 ; Oates, 1997*).

Généralisation des conclusions : les CNE et CNS ont un rôle très important pour la RU car elles doivent aider à créer une culture d'unité pour soutenir la RU. Elles ont un rôle d'experts cliniciens et d'éducateurs.

Limites de l'étude :

	Pas clairement explicitées
Perspectives	<u>Conséquences sur la pratique :</u> Pas clairement explicité
Questions générales Présentation	Les résultats et le déroulement de l'étude sont compréhensibles et permettent une analyse minutieuse.
Evaluation globale	L'étude procure beaucoup de stratégies qui semblent avoir marché dans certaines unités et qui pourraient probablement être appliquées dans d'autres unités encore.

Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation : Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders / Approche qualitative

Aspects du rapport	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	<u>Idee générale, problème de recherche</u> : définir les facteurs influençant l'implantation des guidelines de bonne pratique <u>Devis</u> : pas cité dans le titre <u>Auteurs</u> : les auteurs sont cités ainsi que leurs fonctions
Résumé	<u>Principales parties</u> : l'état des connaissances, le but, la méthode, les résultats et la conclusion sont présents <u>Synthèse</u> : bon résumé <u>Mots clefs</u> : implémentation de guideline de pratique clinique, barrières, facilitateurs <u>Lecture du résumé</u> : acceptation de l'article
Introduction Enoncé du problème	<u>Problème de recherche</u> : Les guidelines de pratique clinique sont très utiles pour diminuer l'écart entre les recherches EBP et la pratique cependant leur implantation reste inconséquente/irrégulière. Les facteurs influençant cette implémentation restent peu compris, surtout dans les soins.
Recension des écrits	Le fossé entre les recherches et la pratique reste encore un grand problème dans la prodigation de soins de qualité (<i>Haines et al, 2004</i>). Cependant les guidelines de pratique restent un outils considérable pour diminuer ce fossé (<i>Davies, 2002 ; Miller & Kearney, 2004</i>). Cependant, un transfert effiace et opportun des guidelines dans la pratique reste fragmenté et inconséquent/irrégulier (<i>Grol, 2001</i>).

	<p>Les chercheurs ont mis en évidence plusieurs barrières au succès de l'implémentation de ces guidelines mais beaucoup de ces chercheurs ont examiné les guidelines des médecins (<i>Grol, 2001</i>). Peu d'entre eux ont examiné les barrières et facilitateurs expérimentés par autres soignants comme les infirmières, les administrateurs ou les leaders de projet qui ont implémenté les guideline cliniques, et aucun n'a fait de comparaison entre ces perspectives. (p.211)</p>
Question de recherche	<p><u>But de la recherche</u> : Décrire et comparer la perception/expérience des administrateurs de soins, du personnel soignant et des leaders de projet sur les facteurs qui influencent l'implémentation des guidelines de bonne pratique dans les soins => On peut en déduire la question suivante : Quels sont les facteurs facilitateurs et les barrières à l'implémentation des guidelines de bonne pratique dans les soins ?</p> <p>Des revues systématiques ont fait des évaluations rigoureuses de l'implantation des guidelines cliniques pour le personnel médical et ont relevé que les facteurs associés à la probabilité de changement inclut : les intervention éducationnelles avec une participation active des professionnels, une restructuration des dossiers médicaux, l'apprentissage au travers d'une influence sociale (p. 211), un support de gestion, des interventions à multiples facettes et un système de rappel (<i>Davis & Taylor-Vaisey, 1997 ; Wensing et al., 1998 ; Grimshaw et al., 2004</i>) (p. 211).</p> <p>Des revues de dissémination, implémentation et impact des guidelines dans les soins infirmiers parlent des facteurs qui pourraient influencer l'implémentation : une stratégie composée de l'opinion des leaders et des cours en cours d'emploi, une culture de groupe ou un système de croyances, le temps et les ressources, des rappels informatiques des recommandations, un système de documentation, un partenariat inter-professionnel et un engagement stratégique (<i>Cheater & Closs, 1997 ; Thomas et al., 1998 ; Thomas et al., 1999 ; Miller & Kearney 2004 ; Richens et al., 2004</i>). (p. 211).</p> <p><u>MAIS : ces conclusions sont effectuées sur un petit nombre d'études dont certaines ont des limites de méthodologie !!!!!</u></p> <p>10 études se snt focalisées sur les facilitateurs et barrières de l'implémentation de guidelines de soins infirmiers ou</p>

	<p>multidisciplinaires dans la perspective des infirmières (<i>Lia-Hoagberg et al., 1999 ; Titler et al., 1999 ; Thomson, 2000 ; Marshall et al., 2001 ; Graham et al., 2004 ; Guihan et al., 2004 ; Clarke et al., 2005 ; Lyons et al., 2005 ; Ring et al., 2005 ; Ring et al., 2006</i>). Ces études ont été effectuées dans les soins aigus, soins à long terme, soins communautaire et soins à domicile. Les 4 facilitateurs le plus ressortis : 1) présence de champion du changement, leaders locaux et/ou infirmières spécialistes, 2) formation du personnel, éducation, résolution de problèmes liée aux guidelines, 3) unités fortes ou leadership organisationnel et 4) collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (p. 211). Les 3 barrières les plus ressorties: 1) le temps du personnel, la charge de travail et la contrainte des ressources, 2) le manque d'accès à l'équipement et aux ressources et 3) la résistance du personnel au changement (p. 211).</p>
<p>Méthodes Tradition et devis de recherche</p>	<p>[Expliqué dans la fin du background (p. 211): Cette recherche veut donner les perceptions d'un échantillon d'infirmières et d'autres soignants, d'administrateurs et de leaders de projet qui ont participé à l'implémentation de 7 différents guidelines et meilleure pratique dans de multiples et diverses organisations. En 1999, le « Registered Nurses Association of Ontario » (=RNAO) a lancé un projet de plusieurs années pour développer, piloter, évaluer et disséminer les guidelines de meilleure pratique (<i>Grinspun et al., 2001/2002</i>). 5 cycles de développement de guidelines et implémentation ont pris place en 1999. Les services de la santé ont donc été invité à répondre à des proposition et les agences sélectionnées pour identifier les ressources des infirmières qui étaient responsables de diriger et superviser l'implémentation en 6-9mois.]</p> <p><u>Devis</u> : Il n'est pas clairement explicité mais il est relaté que l'évaluation globale du devis était une étude avant et après (p. 211) avec une méthode de collecte de données quantitative et qualitative. Ce papier est basé sur l'évluation des activités menées dans un second cycle d'implémentation où des données qualitatives parlaient des facilitateurs et barrières associés à l'implémentation des guidelines. Ce papier est un rapport sur la thématique d'analyse d'interviews qualitatifs effectués après l'implémentation => On peut deviner que le devis est qualitatif.</p>

<p>Population et contexte</p>	<p><u>Contexte :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → 7 guidelines ont été implémentés dans 22 agences dans la province d'Ontario (Canada) entre octobre 2000 et novembre 2001 (p. 211 + p.212, tableau 1) → les guidelines implémentés : les soins centrés sur le client, les interventions de crise, le développement saint de l'adolescent, l'évaluation de la douleur, les escarres, soutenir et renforcer les familles, relations thérapeutiques → au total 22 organisations (hôpitaux, agences de soins de longue durée et soins communautaires) ont implémenté ces guidelines, 32 unités. → Dans les hôpitaux, les guidelines ont été implémentés dans différents services : postpartum, médecins, chirurgie, soins intensifs, neurologie, orthopédie et soins palliatifs → les organisations qui participaient avaient : 1) un financement pour une infirmière (CRNs) pour conduire l'implémentation, 2) un lancement formel mené par le RNAO, 3) des ateliers d'orientation pour les managers, les administrateurs seniors et les infirmières (CRNs) ciblés sur les stratégies d'implémentation et les processus d'évaluation et 4) pré et post-évaluations (<i>Edwards et al.2005</i>) (p.212, gauche haut) <p><u>Population :</u> les participants qui ont répondu aux interviews qualitatifs : 8 infirmières (= « clinical resource nurses » = CRNs), 58 employés (infirmières et autres soignants), 59 administrateurs => au total 125 personnes ont répondu à l'interview (p.212, tableau 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> → l'échantillon comprenait : une infirmière (CRNs) pour l'implémentation de chaque guideline, des soignants de chaque unité et les administrateurs ou infirmière manager dans chaque agence → les infirmières (CRNs) ont du choisir du personnel avec une bonne expérience autant qu'une moins bonne expérience du processus d'implémentation=> les participants potentiels ont été transmis aux associés de recherche qui les a ensuite
-----------------------------------	---

	<p>contacté pour des interviews téléphoniques</p> <p>Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas clairement décrits</p> <p>La saturation des données n'est pas clairement explicitée</p>
Collecte des données et mesures	<p>Interviews téléphoniques enregistrés sur cassette, semi-structurés, effectués après l'implémentation (2000-2001) menés par les associés de recherches et des interviewers qualifiés</p> <p>Durée des interviews : env. 30minutes</p> <p>Contenu des entretiens : questions sur leur perception du guideline, les facilitateurs et barrières qui ont influencé l'implémentation du guideline et sur leur expérience du processus d'implémentation</p> <p>La question de recherche est tout à fait adaptée au phénomène étudié ainsi qu'à l'instrument de récolte de données</p>
Déroulement de l'étude	<p><u>Mesures éthiques:</u> (p.212, drte)</p> <p>Approbation du comité éthique des sciences de santé et sociales de l'université d'Ottawa</p> <p>Approbation éthique et administrative reçue de chaque agence participante</p> <p>Formulaires de consentement écrit et des informations ont été envoyées aux participants</p>
Rigueur	<p><u>Critères de rigueur de l'article</u> (p.212): crédibilité, transférabilité, fiabilité, confirmabilité (<i>Guba & Lincoln, 1989</i>)</p> <p>→ Pour s'assurer de la crédibilité des résultats : collection des données avec plusieurs agences et participants, utilisation de debriefing avec les membres de l'équipe de recherche pour discuter et mettre en doute les résultats</p> <p>→ Des descriptions ont été obtenues et étudiées incluant des citations directes des participants pour assister les lecteurs dans l'évaluation de la transférabilité des résultats</p> <p>→ Un protocole d'audit a été utilisé pour promouvoir la fiabilité et la confirmabilité en ce qui concerne le processus d'analyse de données et de l'émergence des thèmes</p>

<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p><u>Méthode de traitement des données</u> : (p.212)</p> <p>Enregistrements audio retranscrits fidèlement (in texto)</p> <p>Données analysées avec JP et PEM en utilisant une approche d'analyse descriptive de codage et thématique décrite par Boyatzis (1998)→ à l'aide de ces outils performants d'analyse de données assistées par ordinateurs, ils ont sorti une liste de facilitateurs et de barrières.</p> <p>Ils ont comparé les facilitateurs et barrières (à l'aide des outils informatiques): 1) catégorie des participants (administrateurs, personnel, infirmières (CRNs), 2) guideline de bonne pratique (Miles & Huberman, 1994)</p> <p>L'outil informatique a analysé et ressorti les facilitateurs et barrières les plus énoncés</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Un schéma complète une partie des résultats écrits</p> <p>Les facteurs influençant l'implémentation de guideline pour une meilleure pratique (« Best-practice guidelines ») : (p.213)</p> <p>→<u>Facteurs favorisants</u> : 1) apprendre/s'informer sur les guidelines à travers des interactions de groupe, 2) attitudes et croyances positives des employés, 3) un soutien de leadership, 4) la présence de champions, 5) travail d'équipe et une collaboration, 6) une association de soutien professionnel, 7) une collaboration inter-organisationnel et un réseau</p> <p>→<u>Barrières</u> : 1) attitudes et croyances négatives du personnel, 2) une intégration limitée des recommandations concernant les guidelines dans les structures et processus organisationnels, 3) contraintes de temps et de ressources, 4) les changements au niveau du système et de l'organisation</p> <p>Des similarités et différences sont cependant apparues dans les perceptions des CRNs, des employés et des administrateurs concernant les différents facilitateurs et barrières en fonction :</p> <p><u>Facilitateurs</u> :</p> <p>→1) Apprendre/s'informer sur les guideline à travers des interactions de groupe : administrateurs, infirmières (CRNs) et</p>

employés disent qu'apprendre sur les guidelines dans de petits groupes à travers des interactions sociales était très utile.

→ 2) Attitudes et croyances positives des employés : des employés avaient une attitude positive envers ce changement et ils voyaient l'implémentation autant comme une amélioration des résultats des patients que comme une amélioration des conditions de travail. La conviction que le changement serait progressif et non radical a semblé faciliter l'implémentation. Ils relèvent également que la congruence entre leur connaissances et pratique et les guidelines était importante dans le processus d'implémentation car cela devenait quelque chose de familier pour eux (évoquée par les employés et un peu moins de CRNs et administrateurs)

→ 3) Un soutien de leadership : Ce point a souvent été lié à l'attitude et les croyances positives du personnel vis-à-vis de l'implémentation. 3 types de leadership ont souvent été identifiés :

1) *soutenir une vision organisationnelle qui correspond à l'implémentation du guideline/EBP* : important que les administrateurs établissent un objectif commun pour l'implémentation d'un guideline spécifique en addition au fait d'apporter du soutien, présenter un plan et faire des sessions d'éducation, ainsi que d'encourager le personnel à implémenter le guideline.

2) *fournir une dotation en personnel et autres ressources* : les participants ont décrit qu'il est central que les administrateurs leur fournissent du personnel et des équipements dans la réussite de l'implémentation.

3) *intégrer les guidelines dans la politique générale et la documentation*

→ 4) La présence de champions : ce point a surtout été relevé par les administrateurs. Les champions incluent les formateurs d'infirmières, les leaders des professionnels de la pratique, les infirmières praticiennes, les experts clinique (ex : infirmières en soins de plaies) et les CRNs. Ces champions ont un rôle de leadership concernant l'implémentation et sont indispensables pour soutenir le personnel dans son processus de changement.

→ 5) Travail d'équipe et une collaboration : Ce qui est relevé c'est que les équipes partagent le même but. Les employés décrivent ce point au niveau de la pratique et de l'unité alors que les CRNs et administrateurs évoquent ce point au niveau organisationnel et inter-organisationnel.

→ 6) Une association de soutien professionnel : évoqué surtout par les administrateurs, par seulement 2 CRNs mais pas du tout par les employés. Les administrateurs relèvent l'importance du soutien financier des RNAO. Ce financement est surtout utilisé pour engager des CRNs.

→ 7) Une collaboration inter-organisationnel et un réseau : seulement les administrateurs ont relevé ce point. L'implémentation d'un guideline implique un partnership complexe entre les différentes agences et secteurs. Pour eux c'est donc important d'avoir un réseau d'interorganisation pour promouvoir l'intégration, la coordination et la continuité des soins.

Barrières :

→ 1) Attitudes et croyances négatives du personnel : ceci fait référence à la résistance du personnel au changement. Les participants évoquent le besoin de changer ces attitudes négatives et que le personnel adhère à l'implémentation du guideline. Ces résistances étaient souvent associées aux réactions face aux barrières organisationnelles qui proviennent des lourdes charges de travail, du grand renouvellement du personnel et des changements organisationnels.

→ 2) L'intégration limitée des recommandations concernant les guidelines dans les structures et les processus organisationnels : par exemple la dotation en personnel inadéquate pour implémenter des activités comme une séance éducationnelle et un manque d'intégration des guidelines dans la politique générale (avoir une politique de changement), les procédure et la documentation.

→ 3) Contraintes de temps et de ressources : les participants décrivent une lourde charge de travail, manquer de personnel

	<p>et avoir un haut ratio de patients par rapport au ratio de l'équipe. Ces éléments sont des challenge à l'implémentation et ont un lien avec les attitudes négatives.</p> <p>→ 4) Les changements au niveau du système et de l'organisation: le changement de rôle des infirmières et des models de soins, le renouvellement du personnel, la rotation du personnel et les rénovations structurelles dans les unités. Le fait qu'il y ait déjà beaucoup de choses auxquelles s'adapter qui créent un stress dans l'environnement de travail, sur lequel s'ajoute l'implémentation de guidelines, peut créer de la résistance au processus d'implémentation. Beaucoup d'organisations de soins ont été fermées ou fusionnées à cause de restructuration du système. De tels changements peuvent prédire la perte de poste dans les soins et donc créer un sentiment d'incertitude, de stress et de baisse de moral et cela augmente le grand renouvellement du personnel.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats sont cohérents avec ceux examinés dans la littérature mais les prolonge sur plusieurs points :</p> <p>1) les administrateurs ont relevé comme facilitateur l'importance du soutien des associations infirmières professionnelles et la force de la collaboration interorganisationnelle. Une revue (<i>Holleman et al. 2006</i>) a montré au moins 60 associations infirmières qui s'impliquaient dans la dissémination de l'EBP. (p. 216) Cependant, la plupart des associations visent les compétences des infirmières et leur attitude face à l'EBP et non les stratégies de changement comportementaux, sociaux, structuraux ou financiers.</p> <p>2) le niveau organisationnel et du système ont été relevés comme des barrières. Alors que les facteurs organisationnels sont souvent décrits comme empêchant l'implémentation, plus largement les facteurs de niveaux de systèmes de soins sont peu décrits. Cela met en évidence la toile de fond contextuelle qui justifie des futures recherches.</p> <p>3) les résultats de cette étude montrent que les facteurs qui influencent l'implémentation sont interreliés à des éléments encore peu compris. Cela est cohérent avec les modèles théoriques qui montrent le processus d'intégration des recherches</p>

comme étant non linéaires, avec une interconnection complexe des liens qui sont à la fois verticaux et horizontaux parmi les individus, les organisations et l'innovation (*Dobbins et al. 2002 ; Graha & Logan, 2004*). Des travaux futurs pourraient explorer et comprendre la complexité de ces liens.

Les résultats suggèrent de porter attention sur les facteurs jouant un rôle à multiples niveaux dans le processus d'implémentation du guideline : praticiens individuels, contexte social et les contextes organisationnels et environnementaux. Les théories des sciences sociales et comportementales (ex : diffusion de l'innovation, réseau social et influence, éducation à la santé, leadership) sont des cadres qui pourraient être utilisés concernant les barrières pour changer différents groupes à de multiples niveaux (*Moulding et al., 1999 ; Grol & Wensing2004*).

- Un tableau p. 217 suggère (en se basant sur les résultats obtenus) les composantes d'un projet d'implémentation de guideline « idéale » :

1) Associations de professionnel qui soutiennent l'implémentation de guideline : soutien financier pour les organisations qui implémentent et évaluent les guideline de pratique, des consultations et conseils concernant un « environmental scan » et l'évaluation des barrières, un réseau de premier plan pour faire part aux personnes les défis et « harness support » pour les changements dans la pratique (ex : réseau d'individus et organisations avec de l'expérience dans l'implémentation de guideline)

2) Une vision commune pour intégrer l'evidence dans la pratique clairement exprimée

3) Un objectif stratégique commun pour implémenter guideline de bonne pratique clairement exprimé

4) Une répartition des ressources humaines et autres ressources pour les activités d'implémentation de guideline (ex : éducation du personnel)

5) Au niveau des unités : des managers et infirmières sélectionnés qui agissent comme des champions dans

l'implémentation des guideline

6) Affinement des outils de politique et de documentation pour soutenir l'implémentation de guideline

7) Sessions éducationnelles sur les guideline pour faciliter les interactions de groupe et montrer combien l'implémentation peut toucher les résultats des clients.

8) Des plans d'implémentation de guideline sont développés et implémentés à travers les nouvelles équipes ou déjà existantes.

9) Réseaux interorganisationnels sont utilisés pour soutenir les activités d'implémentation des guidelines

Il est possible que les efforts pour créer un environnement de travail sain à travers l'implémentation de guideline comme « Developing and Sustaining Leadership », Workplace Health », Safety and Well-Being of the Nurse » et « Collaborative Practice Among Nursing Teams » développés par la RNAO et peut résulter une amélioration des contextes organisationnels dans lesquels implémenter des guidelines, mais cela a besoin d'être évalué rigoureusement (RNAO, 2007).

Les résultats indiquent que le soutien leadership de la part des administrateurs, managers et leaders de projet est nécessaire. Ceci soutient le modèle de leadership qui permet aux infirmières d'utiliser des guidelines de pratique clinique développé par Gifford *et al.* (2006) (p. 217). Ce modèle est basé sur l'analyse de données d'un autre cycle de projet d'implémentation de guideline de RNAO, qui a également trouvé que le soutien leadership sous forme de communication claire, renforcer la philosophie organisationnelle et assurer l'éducation et les politiques pour soutenir l'implémentation est une solution.

Les résultats montrent que les stratégies d'apprentissage par équipe et collaboration entre les infirmières et autres professionnels sont importants. Les preuves montrent que la lecture ou seule une présentation sont invraisemblables pour

	<p>changer la pratique alors que les ateliers interactifs peuvent résulter des changements modérément large dans la pratique professionnelle (<i>O'Brien et al., 2001</i>).</p> <p>Les résultats montrent, dans les 3 groupes, l'importance d'avoir un leader de projet. Les CRNs jouent un rôle clef en coordonnant le changement et en agissant en tant que leader d'opinion pour le practice guideline. Une revue de Cochrane a indiqué qu'une opinion locale peut être pleine de succès pour promouvoir l'EBP dans les soins (<i>Doumit et al., 2007</i>).</p> <p>Les résultats montrent la valeur de la collaboration interorganisationnel et le réseautage pour l'implémentation. Les réseaux peuvent offrir une amélioration des résultats des clients à travers les services d'intégration autant que les accès aux ressources (<i>Provan & Milward, 2001</i>) mais il y a peu de recherches à propos du réseautage.</p> <p>Il semble important d'encourager les interactions sociales et le réseautage pour soutenir l'implémentation.</p>
	<p>La généralisation des conclusions n'est pas clairement explicitée</p>
	<p><u>Limites de l'étude :</u></p> <p>Malgré un large échantillon, il est difficile de déterminer les différences de perceptions entre les infirmières diplômées et les aides soignantes.</p> <p>Ils ont une petite compréhension des similarités et différences qui surviennent dans différents cadres de soins et guidelines.</p> <p>Il semble nécessaire de comprendre d'autres facteurs qui pourraient influencer l'implémentation.</p>
Perspectives	<p><u>Les conséquences de l'étude sur la pratique :</u> Cf discussion : plusieurs recherches à venir sont suggérées pour confirmer, compléter ou explorer de nouveaux éléments.</p>
Questions générales	<p>L'article est bien écrit et permet une analyse minutieuse</p>

Présentation	
Evaluation	Les résultats énoncés sont probants et susceptibles d'être utilisés dans la pratique

Nursing best practice statements : an exploration of their implementation in clinical practice /Analyse qualitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idee générale, problème de recherche</u>: implantation des guides de bonne pratique dans la pratique clinique</p> <p><u>Devis</u> : Pas dans le titre</p> <p><u>Auteurs</u> : Sous le titre, avec mention de leur titre professionnel et des institutions auxquelles ils appartiennent</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : Le résumé contient les principales parties (Etat des connaissances, méthode, résultats, conclusion)</p> <p><u>Synthèse</u> : Bonne synthèse de l'article</p> <p><u>Mots clefs</u>: pratique basée sur les preuves, facilitation, implémentation, leadership, soins</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: Acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du problème	<p><u>Problème de recherche</u> : réduire les variations de soins à travers l'EBP est une composante centrale de la gestion des soins pour améliorer la qualité des soins (Department of Health, Currie et al. 2003). Pour soutenir l'EBP dans les NHS (National Health Service) Scotland, les BPS (guides de bonne pratique = best practice statements) ont été introduits pour les infirmières en 2002. Les BPS décrivent la meilleure pratique atteignable dans les différentes zones de soins et sont conçus pour guider les praticiens dans la promotion d'une approche cohérente et cohésive (qui permet la cohésion) des soins infirmiers (Nursing & Midwifery Practice Development Unit, NMPDU, 2002a). les guides ont pour but de partager l'excellence clinique à travers l'Ecosse en étant sensés, accessible et pertinents pour les praticiens (NMPDU, 2002a). Des guidelines cliniques (SIGN = Scottish Intercollegiate Guideline Network) existent depuis les années 90, mais les BPS ont</p>

	<p>été développés car les guidelines de SIGN ne prenaient pas toujours compte de la contribution des infirmières à la pratique. Les BPS complètent les guidelines interdisciplinaires SIGN en offrant aux infirmières des conseils spécifiques (Thomson 2000) P.1049, 1.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Les BPS étant un développement récent, il n'existe pas de recherches publiées à leurs propos.</p> <p>En réponse à ce manque d'information sur l'implémentation des BPS, des recherches sur l'utilisation des guidelines ont été faites pour fournir un cadre conceptuel à cette étude.</p> <p>Tandis que des études indiquent que les guidelines sont des outils utiles pour encourager l'EBP, elles identifient également des barrières à l'implémentation qui empêchent aux guidelines d'avoir un bon impact sur les soins aux patients (Cheater & Closs 1997, Feder et al. 1999, NHS Centre for Reviews and Dissemination (NHS CRD) 1999, Mead 2000, Clinical Ressource and Audit Group (CRAG) 2002, Harrison et al. 2002).</p> <p>Des stratégies d'implémentation aux multiples facettes sont pensées pour s'assurer que les guidelines changent la pratique et soient considérés comme une priorité (Feder et al. 1999, NHS CRD 1999, CRAG 2002). De telles stratégies doivent contenir des facteurs individuels, d'équipes et organisationnels (Grol & Grimshaw 2003).</p> <p>De la perspective organisationnelle, les stratégies d'implémentation devraient avoir suffisamment de ressources, inclure un système de formations et d'évaluation et être soutenu par des leaders et facilitateurs avec les connaissances et les capacités d'encourager le changement (Feder et al. 1999, NHS CRD 1999, Marshall et al. 2001, CRAG 2002).</p> <p>Une dissémination active, incluant des activités d'éducatons, est très importante, car la littérature dit que la dissémination passive est inefficace et conduit rarement à des changements de comportements (Cheater et Closs 1997, NHS CRD 1999, Thomas et al. 1999).</p> <p>Dans la planification des stratégies d'implémentation, il faut aussi prendre en compte la crédibilité des guidelines, le</p>

	leadership, l'enthousiasme local et la croyance que l'implémentation va améliorer les soins au patient (Marshall et al. 2001, Walter et al. 2003). Le succès de l'implémentation de guidelines exige tellement de facteurs à différents niveaux que ce n'est pas surprenant que malgré la reconnaissance nationale du besoin d'EBP, l'implémentation de guidelines existants est lente et variable (Davis & Taylor-Vaisey 1997, CRAG 2002) P. 1049.
Cadre théorique ou conceptuel	Voir Etat des connaissances
Question de recherche	<u>Buts de la recherche</u> : Explorer l'implémentation des 5 premiers BPS de la perspective des infirmières travaillant dans le NHS en Ecosse. La question découle de l'état des connaissances
Méthodes Tradition et devis de recherche	Devis : Etude exploratrice à devis descriptif, approche qualitative. Entretiens semi- structurés.
Population et contexte	<u>Contexte</u> : Plusieurs NHS Trusts de toute l'Ecosse. <u>Population</u> : 15 infirmières (5 infirmières leaders de BPS, les autres sont membres des groupes de développement). La plupart des participants sont des infirmières spécialisées. <u>Critères d'inclusion</u> : participants doivent connaître les BPS et les utiliser depuis 12 mois, infirmières diplômées impliquées dans le développement des 5 premiers BPS soit comme infirmière leader ou comme membre du groupe pluridisciplinaire de développement des BPS.

	<p>Pas de précisions quant à la saturation des données</p>
Collecte des données et mesures	<p>Entretiens semi-structurés au téléphone. Un guide d'interview de 13 items est créé avec 4 catégories de questions en rapport au BPS</p> <p>(Développement, utilisation et bénéfices, implémentation, dissémination).</p> <p>Les interviews se sont déroulés entre mai-juin 2003 par 2 interviewers (1er et 2eme auteur). La collecte de donnée a été pré-testée sur une infirmière impliquée dans le développement de BPS mais qui n'a pas participé à l'étude. Pour éviter les erreurs, les interviewers se sont familiarisés avec des « conseils de bonne pratique d'interview ».</p> <p>Un guide d'interview est utilisé pour être sûr que les participants aient les mêmes questions. Les interviews sont enregistrées sur cassette et des notes supplémentaires sont prises par les interviewers. Les entretiens sont de 30-50 minutes.</p> <p>Les interviews ont été retranscrit mots pour mots puis contrôlés en réécoutant la cassette pour corriger les erreurs de transcription. Cela a permis aux interviewers de bien s'immerger dans les données.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les participants ont reçu un pack avec des informations sur le projet, un guide d'interview et un formulaire de consentement. Lorsque les interviewés ont donné leur consentement, des rendez-vous sont arrangés et il est demandé aux participants de trouver un lieu calme pour séance.</p> <p><u>Ethique</u> : Formulaire de consentement à remplir. Approbation éthique obtenue par les comités éthiques de recherches locaux (Research Ethics Committees). Participation volontaire et les participants sont mis au courant que les entretiens seront enregistrés, les données traitées anonymement, confidentiellement et stockées en sécurité en accord avec la loi sur la protection des données. Les cassettes et les retranscriptions des interviews sont codées afin de protéger l'anonymat et seuls les interviewers ont connaissance des codes.</p>

<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>Les retranscriptions ont été relues plusieurs fois pour que les interviewers puissent se familiariser avec leur contenu et devenir plus « intimes » avec les données (Marshall & Rossman 1999, p.153). ce processus a permis de catégoriser et de coder les bouts de textes similaires. Les transcriptions ont ensuite été importées dans QSR NVivo (version 2.0) (QSR International Pty Ltd, Doncaster, Australia). En structurant et organisant le grand nombre de données (Kelle 2004), NVivo facilite le stockage, le codage, la récupération la comparaison et les liens des données récoltées. Finalement, plusieurs thèmes émergent du processus d'analyse des données ce qui permet aux chercheurs de mettre du sens sur leur texte. Pour faciliter la réflexion durant l'analyse des données, deux processus sont adoptés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les chercheurs critiquent ensemble le codage et les catégories 2. 2 autres membres (2 autres auteurs) critiquent les catégories et les thèmes émergeant
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Quatre catégories émergent de la retranscription des entretiens</p> <p><u>Variations dans l'utilisation des BPS</u></p> <p>L'utilisation des BPS dépend du poste des participants. Par exemple, certains participants utilisent les BPS dans leur pratique clinique tandis que d'autres les utilisent dans un but de formation. Moins fréquemment, les participants intègrent les BPS dans des guidelines locaux ou les incorporent dans des initiatives de qualité. Bien que les participants utilisent les BPS dans leur propre pratique, l'utilisation des guides n'est pas nécessairement répandue dans l'institution dans lesquelles ils travaillent.</p> <p>9 participants ont reporté que l'utilisation des BPS, par eux ou par leur institution, est partielle. « <i>Nous avons pour but d'utiliser entièrement les BPS, mais il y a toujours des zones qui ont besoin d'actions</i> » l.24, P.1051.</p> <p><u>Les bénéfices du patient</u></p> <p>Bien que les BPS ne soient disponibles que depuis 1 année, tous les participants sauf 1 ont pu donner des exemples de</p>

bénéfices pour les patients. Ces exemples se divisent en 2 thèmes : 1. Amélioration de la qualité (évaluation des patients, introduction de nouveaux outils de dépistage, plan de décharges, changements politiques et amélioration du travail en équipe) / 2. Remettre l'accent sur les aspects fondamentaux des soins

Les bénéfices pour le praticien

Tous les participants sont extrêmement positifs concernant les bénéfices que les BPS apportent aux infirmières. « *Les BPS sont bons car ils concernent des choses qui sont pertinentes pour les infirmières plutôt que des conditions spécifiquement médicales... ils sont une très bonne chose pour les soins infirmiers* » l.18, P.1052.

Les données récoltées suggèrent que les bénéfices pour les infirmières peuvent être catégorisés en 4 sous-thèmes

1. Facilitation de la distribution des soins : les BPS encouragent l'utilisation cohérente de la meilleure pratique, en étant une ressource pour planifier et délivrer des soins, améliorant la communication et facilitant le travail en équipe.
2. Améliore la conscience (Awareness) et la connaissance : les infirmières améliorent leur conscience et leurs connaissances des thèmes traités dans les BPS. « *Les BPS nous ont mis à jour et nous a fait réfléchir à des choses auxquelles nous n'avions pas pensé avant. C'est très certainement un bénéfice et nous rend plus conscients de ce que nous avons besoin de chercher* ». l.39 P.1052. « *Améliorer les connaissances clinique est reporté comme faisant les équipes se sentir confiantes et compétentes dans leur propre pratique* » l.42, P. 1052.
3. Conduire des changements locaux : bien que seulement 3 participants ont nommé des exemples des équipes utilisant les BPS pour produire un changement local et promouvoir l'EBP, la nature puissante de leurs citations sont jugées suffisamment importantes pour justifier l'inclusion de ce thème. Par exemple : « *Une grande partie des infirmières disent toujours « savon et eau » [Pour nettoyer la peau lors d'incontinence], alors je cite le BPS et je crois que ça a*

	<p><i>aidé certaines infirmières de l'équipe. Elles peuvent amener le BPS à l'infirmière cheffe et dire « Regarde, c'est écrit ici, il est recommandé d'utiliser le spray et de s'abstenir de savon et d'eau » » L.48 P.1052.</i></p> <p>4. Augmenter la responsabilité : les BPS jouent un rôle dans la promotion de la responsabilité professionnelle « <i>Les BPS ont forcé les gens à s'ouvrir sur ce qu'ils font, ça les a fait remettre en question leur pratique</i> » l.58, P.1052</p> <p><u>Barrières et conducteurs à l'utilisation des BPS</u></p> <p>Tous les participants ont reporté des barrières à l'utilisation des BPS. Les sous-thèmes incluent le manque de ressources (incluant le temps et les infirmières spécialisées), manque de formation, résistance au changement, le fait que les BPS ne soient pas vus comme une priorité pour l'implémentation et le manque de champions. Selon un des participants, le problème le plus courant et qu'ils font à leur manière depuis des années et de ce fait ils ne sont pas intéressés.</p> <p>Les participants mettent également en avant les conducteurs à l'utilisation des BPS. Selon eux, il faut améliorer la dissémination de la connaissance des BPS (présentations, publications), avoir plus de ressources (p ex. infirmières spécialistes, champions cliniques), avoir un feedback des performances (évaluation) et une formation.</p>
Discussion	<p>Comprendre l'expérience des personnes impliquées dans le développement des BPS est important pour deux raisons.</p> <p>Premièrement, cela donne une vision de l'intérieur sur les facteurs qui ont gêné l'implémentation chez les premiers utilisateurs, facteurs qui doivent être traités si l'utilisation des BPS veut être maximisée.</p> <p>Deuxièmement, utiliser leur expérience pour compléter la littérature existante sur les guideline et l'utilisation de la recherche offre un aperçu de l'efficacité de l'implémentation de l'EBP chez les infirmières en général.</p> <p>Les guidelines supportent l'efficacité de la pratique, améliorent l'appropriation et la cohérence des soins, informent la prise de décision, fournissent des évaluations sur les soins qui peuvent être mesurés, encouragent la responsabilité professionnelle et limitent la négligence clinique et les accidents fâcheux (Brook & Anthony 2000, Rycroft-Malone &</p>

Duff, 2000).

Les données d'interviews montrent que quand ils sont utilisés, les BPS le sont de la même façon que les guidelines.

Contrairement au fait que les guideline pourraient contraindre le choix et l'autonomie professionnelle (Mead 2000), les participants de cette étude sont extrêmement positifs concernant le rôle des BPS dans la pratique infirmière.

Ils encouragent les infirmières et se recentrer sur des problèmes généralement négligés, comme la continence (Oxtoby 2004).

Tandis que les guidelines peuvent changer la pratique et améliorer le processus et les résultats des soins, c'est une évidence que leur impact sur les soins est inégal (Grimshaw & Russel 1993, Hayward 1997, Thomas et al. 1998).

Dans cette étude, bien que certaines infirmières utilisent les BPS, leur utilisation reste incohérente dans l'institution (pas tous le monde fait pareil) ce qui engendre des résultats mixtes pour les patients.

Il est connu que la réticence et le manque d'enthousiasme peut compromettre l'impact des guidelines (Hayward & Moore, 1997) et que les infirmières vont plus facilement utiliser les recherches si elles ont une attitude positive envers elles (Lacey, 1994).

Wray and Maresh (1997) font la différence entre l'acceptation et l'utilisation des guidelines, insistant sur le fait que l'acceptation ne devrait pas être confondue avec la compliance.

Les données des interviews que l'acceptation et la compliance aux BPS s'opèrent à deux niveaux, en tant qu'utilisateur personnel et en tant qu'« activateur ».

Les participants sont des utilisateurs personnels s'ils intègrent les BPS dans leur propre pratique. Les « activateurs » sont les participants qui encouragent activement l'utilisation des BPS auprès de leurs collègues et au sein de leur institution.

Nutley et al. (2003) mettent en évidence l'impact des recherches allant de l'augmentation de la conscience (awareness), en

passant pas la connaissance et l'implication, jusqu'au changement de comportement.

Dans le contexte de l'implémentation des BPS, les « activateurs » encouragent les autres à progresser dans cette continuité de conscience, acceptation et compliance.

Des facteurs individuels, d'équipe et d'organisation agissent comme des barrières à l'implémentation des guidelines (Grol & Grimshaw 2003).

Dans cette étude, ces facteurs influencent également le fait que les participants acceptent et soient compliant avec leur BPS, dans leur pratique personnelle ou en tant qu' « activateurs » P. 1054.

1. Facteurs individuels

la participation est un facteur clé dans l'utilisation des guidelines et des recherches par les praticiens (Anthony & Brooks 2001, Nutley et al. 2003). La question reste de comment développer la participation des praticiens non impliqués dans le développement des BPS.

Un leadership crédible a déjà été reconnu comme un facteur important dans le succès de l'implémentation d'un guideline (Thomas et al. 1999, CRAG 2002, Rycroft-Malone et al. 2002, Nutley et al. 2003, Walter et al. 2003). Cependant, comme le disent Thomson O'Brien et al. (2004), ce n'est pas une garantie de succès.

Dans cette étude, les conditions pour que quelqu'un soit capable de mener l'implémentation du BPS dépendent de son autorité personnelle pour produire un changement dans l'institution et de son habilité à motiver les autres, par exemple en établissant des groupes de travail.

Les barrières à ce rôle identifiées par les participants sont un manque d'autorité, un leadership faible et une équipe démotivée, ce qui a déjà été identifié dans d'autres études (Funk et al. 1995, Rycroft-Malone et al. 2002).

Les leaders (d'opinion), « individus avec une influence particulière sur les croyances et les actions de leurs

collègues », peuvent saper le progrès de l'utilisation de recherches s'ils sont ambivalents ou hostiles (Nutley et al. 2003, p.36).

Les infirmières qui développent les BPS devraient s'attendre, et être soutenue, à fonctionner en tant que leader durant le développement et de continuer ce rôle durant toute la période de l'implémentation. Cela soutient ce que dit Thomas et al. (1999) par rapport aux guidelines, un rôle « continu » pour les leaders désignés est profitable.

Cette étude suggère que des leaders tous seuls sont insuffisants. Pour créer les bonnes conditions dans l'implémentation des BPS, il faut un leadership d'opinion et un leadership clinique. Pour atteindre l'acceptation et la compliance des autres, les infirmières qui développent les BPS doivent pouvoir changer l'attitude professionnelle et le contexte d'implémentation. Ces leaders doivent faire de l'implémentation une priorité (opinion leadership) et avoir l'autorité personnelle pour initier les changements organisationnels nécessaire pour soutenir le changement (leadership clinique).

La capacité des participants à fonctionner comme leaders semble dépendre du temps qu'ils peuvent donner pour soutenir l'implémentation, par exemple pour développer des ressources éducationnelles ou donner des formations. Ils seraient donc considéré comme des facilitateurs, identifiés dans d'autres étude comme bénéfiques à l'implémentation de l'EBP (Lacey 1994, Anthony & Brooks 2001, Marshall et al. 2001, Rycroft-Malone et al. 2002).

Ces rôles sont particulièrement importants du fait que les guidelines sont souvent mal soutenu au fil du temps et que le manque de soutien des pairs a été identifié comme un facteur majeur dans la durabilité de l'implémentation (Cotton et al. 2000). P.1055, 1. Pour être efficaces dans ces rôles, les infirmières doivent avoir les capacités et les ressources nécessaires (Kerrison et al. 1999).

2. Facteurs d'équipe

des groupes pluridisciplinaires sont nécessaires pour l'implémentation des guidelines (CRAG 2002, Rycroft-Malone et al. 2002). Développer l'excellence dans les soins requiert des leaders cliniques efficaces avec l'habilité de gagner le respect dans une équipe pluridisciplinaire (Kitson et al. 1997).

En relation avec l'implémentation des BPS, les participants capables d'adopter un rôle de leadership semblent être plus efficaces dans l'encouragement l'implémentation dans une équipe pluridisciplinaire que ceux qui ne le sont pas.

De plus, les participants ayant une spécialisation (ex : conseillers en continence) semble bénéficier d'un soutien professionnel plus large lorsqu'ils essaient d'encourager les équipes locales à implémenter le BPS.

Les groupes d'infirmières spécialisées sont capables de fournir une approbation autoritaire des BPS, en renforçant leur valeur et la priorité que constitue l'implémentation au sein des équipes locales.

3. Facteurs organisationnels

La littérature suggère que les praticiens ne peuvent pas commencer à améliorer leur pratique sans une implication et un support organisationnel institutionnel (Kitson 1997).

Le travail pour l'implémentation locale dépend de l'institution dans laquelle les participants travaillent, à savoir si elles soutiennent l'innovation et le développement. Barnsteiner (1996) note qu'il faut un environnement soutenant pour faciliter l'utilisation de la recherche.

Dans cette étude, travailler avec une institution soutenant différencie les participants utilisant simplement les BPS et ceux qui s'investissent réellement dans l'activation de l'implémentation des BPS auprès des autres.

Les barrières organisationnelles à l'implémentation des guideline sont le temps, l'enthousiasme et les ressources

(Feder et al. 1999, CRAG 2002). Un facteur influençant le fait que les participants soient capable d'obtenir des ressources supplémentaires sont leur habilité é convaincre les autres que les BPS sont une priorité pour l'implémentation.

Cela est lié à leur habilité de leadership et leur capacité à gagner du soutien institutionnel. Même lorsque les BPS sont considérés comme étant une priorité, les participants reçoivent rarement de l'argent mais plutôt des ressources pratiques comme des infirmières de développement de pratique.

L'évaluation est importante pour mesurer l'efficacité clinique et pour identifier les pratiques cliniques dont la qualité doit être améliorée (Feder et al. 1999, Rycroft-Malone et al. 2002).

En identifiant les soins qui doivent être améliorés, l'évaluation locale agit comme un moteur pour les changements institutionnels. C'est particulièrement important pour que les équipes ne pensent pas que le changement a simplement été imposé en réponse à des pressions externes (dans ce cas, la disponibilité des BPS nationaux) (Harvey & Kitson, 1996). Malheureusement, beaucoup d'infirmières manquent de capacité et de ressources requises pour évaluer la performance.

Il est donc essentiel que les infirmières leaders de l'implémentation des BPS aient accès à des ressources nécessaire pour effectuer une évaluation locale pré et post BPS implémentation (spécialistes).

Généralisation des conclusions : Oui, voir discussion et perspectives.

Limites : Cette étude se focalise sur les infirmières qui ont développé les BPS, d'autres recherches devraient se focaliser sur toutes les infirmières utilisant les BPS.

Entretiens téléphoniques : manque d'interaction possible entre les interviewés et les interviewers.

Les participants parlent de leur expérience, cela peut provoquer des biais si certains veulent se montrer sous leur meilleur

	<p>jour.</p> <p>Il aurait été bien d'avoir un plus grand échantillon</p>
Perspectives	<p>Cette recherche augmente la compréhension de l'implémentation de l'EBP par les infirmières. Elle donne de plus amples informations sur les problèmes du contexte et de la facilitation dans le cadre d'une initiative nationale de promotion de l'EBP à travers des BPS pour les infirmières.</p>
Questions générales Présentation	<p>L'article est bien présenté et se prête à une analyse minutieuse.</p>
Evaluation globale	<p>Résultats utiles et probants pour la pratique infirmière.</p>

Analysis of the impact of a national initiative to promote evidence-based nursing practice / Approche qualitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idee générale, problème de recherche</u> : le problème de recherche est énoncé comme la promotion de l'EBN dans la pratique</p> <p><u>Devis</u> : pas présent dans le titre</p> <p><u>Auteurs</u> : Les auteurs sont nommés ainsi que leurs fonctions</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : Les principales parties ne sont pas nommées en tant que titre mais on les devine</p> <p><u>Synthèse</u> : Bonne synthèse</p> <p><u>Mots clefs</u>: EBP, implémentation, utilisation de la recherche</p> <p><u>Lecture du résumé</u> : acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du problème	<p><u>Problème de recherche</u> : Identifier ce qui aide ou freine l'implémentation de BPS qui sont prévus pour aider à l'utilisation de l'EBP</p>
Recension des écrits	<p>L'EBP est important dans le NHS (= service national de la santé = National Health Service) du Royaume-Uni (<i>Swinkels, Albarran, Means, Mitchell & Stewart, 2002</i>)</p> <p>Les guides de bonne pratique (« Best Practice Statements »= BPS) ont été lancés par le NHS d'Ecosse en 2002 pour promouvoir l'EBP chez les infirmières. Ceci en réponse aux variations de la pratique infirmière et en complément des</p>

	<p>guidelines pluridisciplinaires existants(Thomson, 2000 ; <i>Nursing and Midwifery Practice Development Unit (NMPDU), 2002</i>). Les BPS devraient guider les infirmières vers une application constante de l'EBP et promouvoir une amélioration de la qualité en Ecosse(<i>Nursing and Midwifery Practice Development Unit (NMPDU), 2002</i>).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p><u>Cadre conceptuel</u> : littérature sur les guideline et l'utilisation de recherches</p>
Question de recherche	<p><u>But de la recherche</u> : Evaluer et décrire l'impact des BPS un an après leur implémentation à travers les NHS d'Ecosse. Déterminer la conscience et l'utilisation des 5 premiers BPS dans un échantillon d'infirmières et identifier les bénéfices qui résultent des BPS (→Les 5 BPS implémentés: 1) oxygénothérapie à domicile chez les enfants, 2) continence chez les adultes, 3) évaluation de la nutrition dans hôpital d'adultes, 4) nutrition chez personnes fragiles et 5) la prévention des escarres.)</p> <p>Puisque les BPS sont développés pour encourager l'EBP, un cadre conceptuel a été fourni pour cette étude grâce à la littérature sur les guidelines et l'utilisation des recherches.</p> <p>Bien que les guideline puissent améliorer la pratique en améliorant l'efficacité clinique (<i>Grimshaw & Russell, 1993 ; Brooks & Anthony,2000</i>), les professionnels de la santé ont des difficultés à utiliser les recherches ou les guidelines dans la pratique. Par exemple, les praticiens disent que l'accessibilité et la disponibilité des résultats de recherches sont pauvres et qu'il y a un manque de conscience des recherches disponibles, d'évaluation critique des compétences et de temps pour lire les recherches (<i>Oranta, Routasalo & Hupli, 2002 ; Hutchinson & Johnston,2004 ; Kirshbaum, Beaver & Luker, 2004</i>) (p. 233, gauche). Il y a également un manque de support organisationnel et autoritaire pour implémenter le changement à la recherche et l'utilisation de l'EB (<i>Hutchinson & Johnston,2004 ; Parahoo & McGaughan, 2004,</i></p>

	<i>Glacken & Chaney, 2004 ; McKenna, Ashton & Keeney, 2004).</i>
Méthodes	<u>Devis</u> : étude explorative et descriptive => qualitative
Tradition et devis de recherche	<u>Récolte de données</u> : questionnaires et pro forma
Population et contexte	<p><u>Contexte</u> :</p> <p>→Ecosse</p> <p>→Hôpitaux du NHS dans l'étude : 3 soins hospitaliers, 3 soins communautaires et 1 soins hospitaliers et communautaires</p> <p><u>Population</u> : p.233</p> <p>→ population invitée à participer : 1278 infirmières diplômées comprenant : des praticiennes clinique (n=1166) (en majorité dans les sites du NHS(n=1125) et quelques unes dans les soins à domicile (n=41)) , des infirmières spécialisées dans le développement de la pratique (PD)(n=30) et infirmières manager(n=82) → 42% (n=539 dont 451 praticiens clinique) ont répondu au questionnaire et 28% (n=353) au pro forma</p>
Collecte des données et mesures	<p><u>Méthode recueil de données</u> : (p.234) enquête effectuée par la poste en utilisant des questionnaires d'auto-évaluation et des « proforma ».</p> <p>→Les questionnaires comprenaient 20 items avec des questions fermées et ouvertes pour recueillir les données de 7 catégories : 1) connaissance des BPS (quand et comment ont-ils pris connaissance), 2) pertinence et utilisation des BPS, 3) bénéfices des BPS, 4) barrières et facilitateurs de l'utilisation de BPS, 5) appropriation et accès des BPS, 6) suggestions pour encourager les futurs BPS et 7) données démographiques</p> <p>Les questionnaires sont adaptés pour recueillir les avis des infirmières permettant de répondre à la question de recherche</p>

Déroulement de l'étude	<p><u>Ethique :</u></p> <p>Approbation du NHS local Research Committee et de University Ethics Committee.</p> <p>Consentement du Trust pour contacter les employés</p> <p>Les questionnaires remplis impliquaient le consentement des participants.</p> <p>Anonymat des participants et des sites cliniques</p> <p>Les participants étaient connus des chercheurs uniquement par des codes</p> <p>Respect de la législation de protection des données</p>
Rigueur	Transférabilité des conclusions : pas clairement explicité
Résultats Traitement des données	<p><u>Analyse des données :</u> p.234</p> <p>→ Questionnaires : outil statistique et analyse descriptive avec un test avec une P-value définie comme significative à <math><0.05</math></p> <p>→ Pro forma : analysé manuellement pour identifier les initiatives similaires qui ont ensuite été quantifiées</p>
Présentation des résultats	<p>Des tableaux récapitulatifs des résultats sont présents pour faciliter la lecture du texte rédigé</p> <p>1) <u>Connaissance des BPS</u> : p. 234</p> <p>53% des personnes interrogées connaissaient les BPS préalablement à l'enquête (99% des PD et DN et 45% des cliniciens)</p> <p>Il y a une relation significative entre la connaissance des BPS et le niveau de formation : plus le niveau est bas, moins le BPS est connu</p> <p>Les BPS les plus connus étaient ceux concernant la prévention des escarres, la continence et la nutrition.</p>

Les personnes ont appris l'existence des BPS : 36% par des employés, 36% en recevant des copies personnelles et 31% par les journaux.

Les PD et DN avaient beaucoup plus en leur possession des copies des BPS que les cliniciens. 30% des cliniciens ne savaient pas comment accéder aux guides

2) Pertinence et utilisation des BPS (implémentation des BPS) : p. 234-235

le BPS sur la prévention des escarres, la nutrition et la continence étaient les plus utilisés : mais utilisent plutôt une partie du BPS (points clefs, parties significatives) mais pas entièrement → par exemple : seulement 22% des répondants cliniciens l'utilisaient en entier

Lorsque les BPS étaient utilisés par les cliniciennes, ce n'était pas forcément pour les patients concernés : 29% l'appliquaient à tous les patients concernés, 18% l'utilisaient pour certains patient concernés, 26% prévoyaient de l'utiliser mais ne le faisaient pas, 11.8% ne le faisaient pas du tout et dans 14% le BPS n'était pas appliqué dans le secteur.

3) Bénéfices des BPS : p. 235

Bénéfices pour le patient : Tous les groupes de participants ont relevé que les BPS avaient des bénéfices pour les patients. Dans les questionnaires ils ont souvent cité que ces bénéfices étaient une évaluation de qualité à travers les bonnes pratiques. Les bénéfices étaient souvent apparentés au processus de soins qui incluait le développement d'une nouvelle forme d'évaluation et des plans de soins. L'amélioration des résultats concernant la prévention des escarres ont été moins cités : 74% trouvaient de grands bénéfices, 31% trouvaient de mineurs bénéfices, 6% ne trouvaient aucun bénéfice et dans 40% le BPS n'était pas appliqué

Bénéfice pour les infirmières : la disponibilité de bonnes preuves sur lesquelles baser la pratique et l'augmentation des

	<p>connaissances sur le sujet</p> <p>4) <u>Barrières et facilitateurs à l'utilisation de BPS et appropriation et accès des BPS</u>: p.236-237</p> <p><i>Les barrières</i> : Dans l'ensemble, les participants ont dit que le BPS sur les escarres était celui qui avait le moins de barrières alors que celui de la nutrition était celui qui en avait le plus</p> <p>Les réponses aux questions ouvertes les plus citées concernant les barrières sont : Le manque de ressource (spécialement le manque de temps, de personnel et de formation), la pertinence des BPS dans la pratique, les BPS rivalisent avec les autres guidelines pour l'implémentation</p> <p><i>Les facilitateurs qui encouragent l'utilisation des BPS</i> : (facilitateurs surtout pour les guides sur la continence et les escarres) les infirmières spécialistes, les leaders locaux qui facilitent le changement, la disponibilité des BPS et le désir de changer la pratique. Les infirmières cliniciennes ont surtout relevé le facilitateurs des infirmières spécialistes.</p> <p>6) <u>Suggestions pour encourager les futurs BPS → Initiative locale pour soutenir l'utilisation de BPS</u> : p.237</p> <p>Sur les 353 pro forma retourné, seuls 59 détaillent les initiatives locales pour soutenir l'utilisation des BPS : les sites cliniques où il y avait le plus grand nombre d'initiatives locales pour soutenir l'utilisation des BPS, via les pro forma, ont reporté, via les questionnaires, le plus haut niveau de connaissance des BPS et de leur usage. Ex : un site avec seulement 1 pro forma a reporté 30% de connaissance des BPS alors qu'un autre avec 8 pro forma a reporté 59% de connaissance des BPS.</p> <p>Les initiatives considérées comme encourageant l'utilisation de BPS : formation, groupes de travail, l'évaluation de la performance et identification d'un leader local.</p>
<p>Discussion Intégration</p>	<p>Cette évaluation a été effectuée trop tôt pour pouvoir bien évaluer leur impact sur les résultats cliniques. Néanmoins, la plupart des participants ont relevé que les guides avaient amélioré la qualité des soins.</p>

<p>de la théorie et des concepts</p>	<p>Le rôle des guidelines a été reconnu par les participants comme étant la réalisation du bénéfice de santé à travers l'amélioration de la pratique clinique (<i>Grimshaw & Russel, 1993 ; Rycroft-Malone et al., 1999</i>). Les résultats suggèrent que les BPS pourraient avoir un rôle similaire même s'il est important de les améliorer si des bénéfices potentiels peuvent être réalisés. Etant donné que les preuves, le contexte et les facilitateurs ont de l'influence sur l'implémentation des BPS (<i>Rycroft-Malone et al., 2004</i>)→ Ces facteurs ont besoin d'être considérés si l'utilisation des BPS doit s'accroître</p> <p><u>Preuves : p.237</u></p> <p>Les preuves de l'efficacité de l'utilisation de l'EBP a influencé le développement des BPS.</p> <p>Les BPS ont été créés pour être faciles à lire et sans jargon et statistiques compliqués car des présentations pauvres et compréhensibles des preuves peuvent promouvoir son utilisation(<i>Oranta, Routasalo & Hupli ; Hutschinson & Johnston, 2004 ; Kirshbaum, Beaver & Luker, 2004</i>).Il est important que les BPS aient des recommandations claires pour les praticiens car si les recherches doivent être utilisées il faut que les implications pour la pratique soient évidentes(<i>Oranta, Routasalo & Hupli ; Hutschinson & Johnston, 2004</i>).</p> <p>Ils considèrent le BPS comme une forme de preuve. Etant donné qu'il est peu probable que les praticiens implémentent des guidelines qu'ils ne trouvent pas crédibles (<i>Mead, 2000</i>), ils suggèrent donc que les guides sont crédibles. Cependant, la crédibilité ne suffisait pas, les BPS devaient être pertinents pour la pratique infirmière. Dans cette étude, la 2ème barrière à l'implémentation était la pertinence des BPS et qu'il y a des endroits où les infirmières n'avaient pas connaissance de BPS dans leur secteur alors qu'il y en avait au moins 1.</p> <p>Des études antérieures ont relevé et classé les barrières à l'utilisation des recherches. Dans cette hiérarchisation, les barrières concernant la difficulté de compréhension des statistiques ou des rapports avec peu d'implications identifiées</p>
--	--

étaient plus importants que la pertinence des recherches dans la pratique infirmière évidentes (*Oranta, Routasalo & Hupli ; Hutschinson & Johnston, 2004 ; Glacken, & Chaney, 2004*).

Les BPS ont été conçu pour adresser une importance aux barrières de l'utilisation des recherches (comme la lisibilité). Les résultats suggèrent que même si la conception des BPS était assez efficace pour réduire ces barrières à l'implémentation, la pertinence des BPS a été une barrière importante alors qu'elle avait été classée comme moins importante dans d'autres études.

→ Les résultats suggèrent que si l'usage des BPS comme preuve doit être maximisée dans le futur, le lien entre ces BPS et les disciplines infirmières pertinentes doit être clairement identifié durant la dissémination pour les praticiens.

Contexte : p.238

Le contexte est l'environnement dans lequel l'implémentation d'EBP prend place (*Kitson & Moore, 1997*). Dans cette étude, tous les contextes cliniques ont relevé que les barrières à l'implémentation des BPS étaient similaires à celles qui entravaient les guidelines et l'utilisation des recherches : Elles incluent : le manque de ressources, de temps et « guideline overload » (*Oranta, Routasalo & Hupli ; Kirshbaum, Beaver & Luker, 2004 ; McKenna, Ashton & Keeney, 2004 ; Clinical Ressource and Audit Group (GRAG), 2002 ; Crawford, Brown, Anthony & Hicks, 2002 ; Nutley, Percy-Smith & Solesbury*).

La différence entre les contextes dans l'implémentation des BPS a surtout été la priorité qui a été mise sur l'implémentation. Etant donné que l'implémentation était une initiative nationale spécifique aux soins, cela aurait du être une priorité locale alors que cela n'a pas toujours été le cas. Pour que ce soit le cas, il est important que le personnel clinique et manager soit convaincu de la valeur bénéficiée grâce à l'implémentation. C'est important car certains participants ont relevé que les BPS rivalisaient avec l'implémentation d'autres outils d'EBP. Il est important que les

autres disciplines de la santé soient impliquées dans l'implémentation des BPS et que ce soit considéré comme une priorité par l'équipe pluridisciplinaire. Dans cette étude, cela n'a pas toujours été le cas et certains participants ont dit qu'ils ne jugeaient pas que ce soit un besoin organisationnel urgent.

Dans cette étude, un moyen d'encourager l'implémentation de BPS à un contexte plus large était l'audit. Certains participants ont utilisé un audit, qui était une approche recommandée pour l'implémentation des guidelines, pour procurer des soins plus qu'optimaux (*Mead, 2000 ; Feder, Eccles, Grol, Griffiths & Grimshaw, 1999*). Dans un tel cas, les données des performances passées peuvent être utilisées pour changer les performances futures (*Duncan & Pozehl, 2001*). Les preuves relevés par les participants montrent que les données d'un audit peuvent être très utiles pour encourager les équipes et les organisations à mettre une meilleure priorité sur l'implémentation de BPS.

Facilitateurs : p.238

La connaissance et l'utilisation des EBP étaient les meilleures lorsqu'il y avait une association entre les guides et les spécialités cliniques.

L'importance de champions et d'une opinion de leaders dans l'implémentation de guidelines a été identifiée auparavant (*Clinical Resource and Audit Group (CRAG), 2002 ; Nutley, Percy-Smith & Solesbury, 2003*). Dans cette évaluation, ce sont les infirmières spécialistes qui avaient ce rôle en travaillant sur le fait de fournir un contexte au service de l'implémentation de BPS (ex : en établissant des groupes de travail et en procurant des formations). Ces infirmières spécialistes représentaient donc l'autorité pour faire des changements locaux dans la pratique. C'est un point important car un manque d'autorité pour soutenir le changement est une barrière à l'implémentation (*Hutchinson & Johnston, 2004 ; Parahho & McCaughan, 2001 ; Glacken & Chaney, 2004 ; Funk, Tornquist & Champagne, 1995*).

Le rôle de facilitateur dans l'implémentation de guideline a déjà été soulignée auparavant (*Brooks & Anthony, 2000 ;*

Harvey & Kitson, 1996) et l'idée d'expert de leader d'opinion a été suggéré. *Thomson et al. (2001)* suggèrent d'utiliser les infirmières spécialisées dans le développement de la pratique et les infirmières spécialistes comme un canal dans lequel les messages concernant la pratique basées sur les preuves passent les informations (citation intéressante p.238, 1.8) pour encourager l'utilisation des preuves dans les soins. Dans cette étude, les sites cliniques où la connaissance des BPS et leur utilisation était la meilleure sont ceux qui avaient des infirmières facilitateurs qui adoptaient ce rôle.

Conclusion :

Bien que les BPS aient été créés pour réduire les incohérences dans les soins cliniques dans 5 secteurs spécifiques, cette évaluation montre que les différences dans les utilisations locales sont destinées à des variations même après que les guides aient été disponibles. De plus, les différents secteurs adoptent les initiatives à différentes vitesses.

L'importance des preuves, du contexte et des facilitations dans l'implémentation a été reconnue (*Rycroft-Malone et al., 2004*). Une implémentation réussie demande un haut niveau de preuves, un contexte réceptif au changement et des facilitations appropriées (*Kitson, Harvey & McCormack, 1998*).

Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate & Kyriakidou (2004) ont souligné une continuité dans la dissémination de l'innovation qui bouge du « let it happen » vers le « make it happen ». Dans cette étude, certains sites étaient dans le « let it happen » ou dans le « leaving to chance » alors que d'autres qui avaient un contexte de soutien et de facilitation étaient plutôt dans le « make it happen ». Le challenge des infirmières qui devaient encourager l'EBP était de faire augmenter le niveau de soutien et les facilitations à l'intérieur des différents contextes cliniques.

Généralisation des conclusions: cf. discussion

Limites de l'étude :

Etude effectuée trop tôt après l'implémentation des BPS mais ils ont tout de même eu des résultats

	Ils énoncent plusieurs limites à leur étude mais démontrent qu'ils ont su réagir ou anticiper afin de les rétablir.
Perspectives	<u>Conséquences sur la pratique</u> : Les conséquences de l'étude sur la pratique ne sont pas clairement explicitées
Questions générales Présentation	Les différentes parties de la recherche sont facilement reconnaissables et la recherche est écrite de manière compréhensible pour permettre une analyse minutieuse.
Evaluation globale	<u>Résultats probants et utiles pour la pratique</u> : Les barrières et facilitateurs de l'implémentation des BPS sont mis en évidence ce qui montre qu'il faut se pencher là-dessus pour faciliter l'implémentation afin de baser les pratiques sur des preuves.

An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice / Approche qualitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idee générale, problème de recherche</u>: Quels sont les facteurs ayant une influence sur l'implémentation de l'EBN dans la pratique</p> <p><u>Devis</u> : Pas présent dans le titre</p> <p><u>Auteurs</u> : Sous le titre, avec mention de leur titre professionnel et des institutions dans lesquelles ils travaillent.</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : le résumé contient les principales parties (Etat de connaissances, objectifs, méthode, résultats, conclusion)</p> <p><u>Synthèse</u> : Bonne synthèse</p> <p><u>Mots clefs</u>: Preuve, pratique basée sur les preuves, facilitation, implémentation, expérience des praticiens</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: Acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du problème	<p><u>Problème de recherche</u> :</p> <p>La pratique basée sur des preuves a évolué en un thème dominant de pratique, de management et d'éducation dans les systèmes de santé dans les pays développés. Un investissement considérable a été fait en infrastructure pour augmenter le nombre de soins délivrés sur la base de preuves.</p> <p>Par exemple, aux UK, le National Institute for Clinical Excellence a été établi. Aux US, l'Agency for Health Care Research and Quality et en Australie, le National Institute for Clinical Studies.</p>

	<p>Cependant, il y a des challenges considérables et complexes pour prodiguer des soins basée sur les meilleures preuves possibles et la pratique reste est encore en arrière sur ce qui est reconnu comme étant « la meilleure pratique ».</p> <p>Sur cette même observation, le cadre de référence PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) a été développé. Ce cadre de référence multi-dimensionnel représente la complexité des facteurs engagés dans l'implémentation de la pratique basée sur des preuves (Kitson et al. 1998 ; Rycroft-Malone et al. 2002). Selon Harvey et al. (2002), Mc Cormack et al. (2002) & Rycroft-Malone et al. (2004), le succès de l'implémentation dépend de la nature de la preuve utilisée, de la qualité du contexte et du type de facilitation requis pour rendre possible le processus de changement.</p> <p>Pour compléter le développement de ce cadre de référence, il est important d'analyser son contenu en se basant sur une recherche empirique. Les résultats de cette recherche vont permettre de satisfaire ce besoin identifié.</p>
Recension des écrits	<p>Barrières à l'utilisation de la recherche : un des aspects de l'EBP les plus étudiés est l'utilisation de la recherche. Dans les soins, ce sont surtout les attitudes et les perceptions des infirmières concernant l'utilisation de la recherche qui ont fait l'objet d'études utilisant la méthode de l'enquête (ex : Rogers, 1994, 2000 ; Estabrooks, 1999a,b ; Parahoo, 1999 ; McSherry,1997 ; Funk et al., 1991). Ces recherches ont permis d'identifier un nombre de facteurs favorisant le fait que les infirmières n'utilisent pas la recherche et font des liens entre leur usage et le niveau d'éducation. Cependant, une recherche de Estabrooks et al. (2003) montre que a part l'attitude des infirmières par rapport à la recherche, peu d'autres déterminants individuels influencent l'utilisation de la recherche. Thompson et al.(2001) ont mené une étude pour examiner les barrières des infirmières en soins aigus.</p> <p>Les recherches citées ci-dessus servent à mettre en évidence que les perceptions elles-mêmes peuvent s'avérer être de réelles barrières à l'utilisation des recherches. cependant, ces études ne renseigne par sur l'interaction entre l'individu et les facteurs contextuels, ce qui peut être un facteur important dans le succès de l'implémentation.</p>

	<p>Autres facteurs qui influencent : de nombreux projets mettent en évidence un nombre de facteurs influençant l'assimilation de la preuve dans la pratique (ex : Dunning et al. 1998 ; Wood et al. 1998 ; Dopson et al.1999 ; McLaren & Ross, 2000 ; Redfern et al., 2000). Introduire les preuves dans la pratique est complexe et ne suit pas un chemin linéaire, logique et prescrit. Disséminer les preuves et les informations seulement a peu de chance d'être efficace. (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1999 ; Dobbins et al., 2002 ; Dopson et al. 2002). Cela a des implications dans la manière dont les individus et les groupes perçoivent la preuve et l'acceptent ou non. Dans la littérature, on prend de plus en plus conscience qu'un certain nombre de facteurs rendent un contexte plus adapté au changement (ex : Iles & Sutherland, 2001). Il faut informer des rôles positifs et négatifs que peuvent jouer les individus et les équipes dans l'implantation de la preuve dans la pratique (P.915). Avoir un leader de projet (facilitateur) travaillant avec les individus dans le contexte de la pratique pourrait être aidant (Dopson et al., 1999 ; Redfern et al., 2000 ; Locock et al., 2001).</p>
<p>Cadre théorique ou conceptuel</p>	<p>Concepts : preuve, contexte, facilitation Cadre de référence : PARIHS</p>
<p>Question de recherche</p>	<p><u>Questions de recherche :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quels facteurs les praticiens identifient-ils comme aidant l'implémentation des preuves dans la pratique ? - Quels facteurs les praticiens identifient-ils comme les plus importants pour rendre possible l'implémentation des preuves dans la pratique ? - Les concepts de <i>preuve</i>, de <i>contexte</i> et de <i>facilitation</i> sont-ils les éléments clé d'un cadre de référence pour transférer les preuves dans la pratique ?

	<p><u>Buts de la recherche :</u></p> <p>Etablir si les expériences des praticiens (et des autres parties prenantes) dans l'implémentation de la preuve dans la pratique sont incluses dans le PARIHS (cadre de référence)</p>
Méthodes	Entretiens semi-directifs, Recherche qualitative
Population et contexte	<p><u>Contexte :</u> site 1 : hôpital spécialisé en cardiothoracique, unité de transplantation, 38 lits / site 2 : Hôpital de 130 lits aux UK, unité orthopédique</p> <p><u>Population :</u> 10 infirmières de site 1 / 7 infirmières du site 2</p> <p><u>Critères d'inclusion :</u> projet d'implémentation de preuves dans la pratique récent ou en cours dans l'établissement</p> <p>L'entretien s'arrêtait lorsque les facteurs influençant l'implémentation avaient été donnés</p>
Collecte des données et mesures	Entretiens semi-structurés, enregistrés et retranscrits mots à mots
Déroulement de l'étude	<p>La recherche s'est passée en 2 phases</p> <p><u>Phase 1 :</u> pour pouvoir développer un interview, deux groupes d' «experts» (12 infirmières ayant de 1-7 ans d'expérience dans le développement de la pratique) ont exploré leurs expériences dans le fait de transférer les preuves dans la pratique. Ces groupes ont été formés pour ressortir les facteurs influençant l'implémentation. Ces perspectives ont été utilisées pour explorer les facteurs spécifiques dans les interviews des participants en phase 2.</p> <p>Les participants ont été invités par lettre dans l'un des deux focus groupe donc tous les participants sont la volontairement.</p> <p>La discussion dans les focus groupe a duré 60-90 min, a été enregistrée puis retranscrite mot à mot.</p> <p>Les résultats de la discussion, le PARIHS et la littérature publiée a permis le développement d'un guide d'entretien semi-</p>

	<p>structuré</p> <p><u>Phase 2</u> : les infirmières de chaque site ont participé à un entretien semi-structuré d'environ 1h, enregistré et retranscrit mots à mots.</p> <p><u>Ethique</u> : Chaque participant a signé un consentement écrit et une demande écrite a été envoyée aux comités éthiques de recherche locaux.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Comme les données recueillies sont qualitatives, les résultats ont été analysés et classés en thèmes. Les résultats des deux sites ont été comparés en observant les similarités et les différences. Des thèmes communs apparaissent alors.</p>
Présentation des résultats	<p><u>Nature et rôle de la preuve</u></p> <p>les infirmières associent la preuve à la recherche. Cependant, elles pensent que la preuve inclue également l'expérience clinique, l'expertise et d'autres sources de données comme les informations d'audit (P.917, 2). Les sites choisis pour l'étude disent implémenter des projets de changement mais ne disent pas explicitement implémenter la <i>recherche</i> dans la pratique alors que c'est ce qu'elles font en réalité de façon plus ou moins informelle.</p> <p>En effet, les interviewés soulignent l'importance de réunir de l'information dans le but de soutenir le changement. P.918</p> <p><u>Pertinence de la pratique et problèmes organisationnels</u></p> <p>Les participants soulignent l'importance de baser tous les changements ou les initiatives de développement sur des problèmes clés émergeant de la pratique.</p> <p>De plus, si les changements sont congruents avec les demandes politiques et organisationnelle (par exemple : moderniser les services de santé britanniques ou encore diminuer le temps de séjour et donc les coûts de la santé), la motivation des personnes impliquées (manager et infirmières) dans le changement augmentent. (P.918, 2)</p>

Relation pluridisciplinaire et collaboration

Il est très importants pour tout changement de pratique d'avoir un focus pluridisciplinaire pour augmenter les chances de succès. En effet, cela rend le potentiel de changement plus fort lorsque plusieurs professions sont impliquées (managers, médecins, infirmières, pharmaciens, infirmières cliniciennes, etc.) car la résistance de certains collègues peut être délétère.

Selon plusieurs participants, la clé est d'avoir une relation soutenante et efficace entre les individus et les équipes afin de faciliter le changement. Selon l' « UK's Modernization Agency », les projets doivent être pluridisciplinaire et cela est « crucial » pour le succès de l'amélioration locale (P.919, 1).

Il semble très important d'avoir un médecin leader voulant travailler en interdisciplinaire pour supporter le projet de changement et pour que l'idée soit acceptée. Sinon, des tensions peuvent apparaître, surtout avec les médecins P.919,1).

Rôle de leader de projet

Plusieurs noms ont été utilisés par les participants pour définir les leaders d'un projet : facilitateurs, champions ou agents du changement. Ils pensent que cette personne doit être un meneur, avoir de l'enthousiasme et de la crédibilité plutôt que de la supériorité. Dans le site 1, les leaders ou les facilitateurs n'étaient pas clairement définis, ce qui a pu contribuer à une implémentation inégale dans le service (implantation un peu « brouillon », non homogène). Par contre, le site 2 a désigné une « Collaborative Improvement Lead » pour manager les projets dans l'hôpital. Cette personne doit planifier et coordonner les audits de pratique, conduire des réunions, écrire des rapports, garder les équipes qui participent au projet liées, intervenir pour régler les problèmes et communiquer les progrès aux équipes. Elle a donc un rôle central et le fait en plus de son activité d'infirmière cheffe de service. Selon les interviewés, le leader doit : bien connaître le projet, avoir un certain statut (pas forcément beaucoup d'expérience mais un certain niveau de hiérarchie est nécessaire car cela donne de la crédibilité à la personne, surtout envers les médecins chefs), savoir diriger (diriger les autres et coordonner le projet),

	<p>avoir une approche positive et enthousiaste et de bonnes compétences de communication (P.919).</p> <p><u>Ressources</u></p> <p>Le problème des ressources est lié au progrès du travail d'implémentation. Tandis que le problème du temps, des finances et du manque d'équipement et de compétences sont mis en évidence, la relation entre eux et leur rôle de barrières est plus complexe. Par exemple, dans les deux sites, le manque de temps est considéré comme une barrière mais il est relié à un manque de personnel (pour cause de vacances p.ex.). par contre, de réelles difficultés sont en relation avec la provision de matériel adéquat (dans le site 1, les infirmières devaient commencer les hémodialyses dans avoir de machine à elles...).</p> <p>Les problèmes de ressources doivent être discutés et réglés dans les premières phases du projet d'implémentation (lors de sa planification) P.920.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats montrent que l'implémentation de la preuve et le développement de la pratique n'est pas linéaire, ils sont influencés par beaucoup de facteurs et constituent souvent une challenge (p.ex Dopson et al, 1999 ; Redfern et al., 2000 ; Iles et Sutherland, 2001). Le succès des projets est variable. La description des participants indique qu'il existe des problèmes et des challenges communs en lien avec les efforts d'implémentation. Cette recherche met en évidence l'importance d'avoir accès et d'utiliser une large base de preuves (pas uniquement des recherches, mais également « preuves » au sens plus large comme des audits, des réunions avec les leaders, l'expérience des patients, etc.).</p> <p>Cette recherche montre qu'introduire la recherche dans la pratique requiert plus que d'identifier des preuves de recherches de haute qualité. Il faut également que le changement désiré soit conforme aux structures et aux procédures organisationnelles. Si l'innovation fait partie des priorités au niveau politique ou institutionnel, les détenteurs du pouvoir y seront donc intéressés. En effet, les nouveau projets sont mieux acceptés et ont plus de succès s'ils sont intégrés dans des stratégies déjà existantes (Dopson et al., 1999). Les problèmes de ressources identifiés dans cette recherche sont : le</p>

manque de ressources comme une barrière à l'implémentation. Cependant, il serait naïf de croire que de donner plus de fonds et d'augmenter les ressources en personnel améliorerait forcément le succès de l'implémentation. Clairement, ses ressources doivent être fournies, ciblées et dirigées (P.921, 1).

Un focus pluridisciplinaire est perçu comme augmentant les chances de succès de l'implémentation. L'importance et l'influence des réseaux professionnels a déjà été mis en avant dans d'autres recherches (ex : Pettigrew et al.1992 ; Wood et al., 1998). Wood et al. Indiquent que la nature des relations locales est une des clés du processus de changement. Par exemple, si les relations sont bonnes, des façons d'aller de l'avant sont plus facilement développées. Par contre, Selon Dopson et al. (2002) le flux d'information et de connaissances peut être inhibé par des frontières professionnelles (si les relations ne sont pas bonnes p.ex). Les groupes professionnels sont influencés par leur éducation et peuvent alors avoir des perceptions différentes sur, par exemple, ce qui rend une preuve crédible. Bien que le travail en pluridisciplinarité représente un challenge, il semble qu'il soit un important facteur dans le succès de l'implémentation de l'EBP (P. 921).

Le rôle d'un leader de projet désigné semble être un élément indispensable pour le succès des projets d'implémentation (ex : Dopson et al., 1999 ; Redfern et al., 2000). Cependant, le langage utilisé par les interviewés pour décrire ce genre de personne varie (champion, agent de changement, facilitateur) et reflète le manque de clarté du concept de leader de projet dans la littérature en général (Harvey et al., 2002). Son rôle est de fournir l'énergie et la motivation pour initier et mettre en marche les projets et faire les tâches nécessaires à l'atteinte des objectifs jour après jour. Le rôle du leader de projet ou facilitateur est significatif pour le succès de la conduite et des résultats des projets d'implémentation de preuves dans la pratique. L'implémentation de la preuve dans la pratique se fait en interaction avec des variables contextuelles ou autres. Les facilitateurs ont le potentiel de travailler avec les individus et les équipes pour clarifier quels sont ces problèmes/barrières (variables) et de permettre le développement et l'implémentation de stratégies qui reconnaissent et incorporent

	<p>ces facteurs. Le potentiel de ce rôle est significatif mais commence tout juste à être compris (voir Harvey et al., 2002). P.921,2.</p> <p>Intégrer la recherche dans la pratique dépend de plus qu'uniquement la motivation individuelle des praticiens ; il y a également des facteurs organisationnels et la notion de pluridisciplinarité qui ont une influence. Finalement, les leaders de projet dans un rôle de facilitateur ont une fonction clé pour rendre possible la traduction de preuves dans la pratique en travaillant avec les individus et les équipes pour développer leur pratique et aménager leur contexte local (Hervey et al., 2002). P 923.</p> <p><u>Généralisation des conclusions</u> : Non</p> <p><u>Limites</u> : Petit échantillon, étude réalisée à petite échelle</p> <p>Données tirées d'entretiens, ce qui limite la crédibilité des résultats</p>
Perspectives	<p>Utilité pour la pratique clinique démontrée.</p> <p>Le langage utilisé par les interviewés pour décrire les leaders varie (champion, agent de changement, facilitateur) et reflète le manque de clarté du concept de leader de projet dans la littérature en général (Harvey et al., 2002).</p>
Questions générales Présentation	<p>Une analyse minutieuse peut être effectuée.</p>
Evaluation globale	<p>Les résultats sont probants et utiles pour la pratique.</p>

Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study / Approche quantitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idee générale, problème de recherche</u>: On comprend bien le problème qui est d'utiliser EBN dans la prévention des escarres et de trouver des stratégies</p> <p><u>Variables</u> : Pas présentes dans le titre mais dans le résumé :</p> <p>VI = caractéristiques des patients, type d'hôpital, type d'unité, équipe infirmière et charge de travail</p> <p>VD = risques recensés, évaluation de la peau après 24h d'admission, matelas anti-escarres, repositionnement prévus</p> <p><u>Devis</u> : cité dans le titre → étude transversale ⇒ est quantitative</p> <p><u>Auteurs</u> : énoncés sous le titre avec les institutions auxquelles ils appartiennent mais leur titre professionnel n'est pas énoncé</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : état des connaissances, objectifs, devis, méthode, résultats et conclusion sont présents</p> <p><u>Synthèse</u> : bon résumé</p> <p>Nombre de mots est limité (environ 300 mots)</p> <p><u>Mots clefs</u>: domaine (équipe infirmière, prévention des escarres), contexte (hôpital, unité),</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: acception de l'article</p>
Introduction Enoncé du	<p>Problème de recherche : Il est montré que les escarres réduisent la qualité de vie des patients et entraînent de hauts couts pour le système de santé. Bien qu'il existe des guidelines internationaux basés sur des preuves, les études montrent que la</p>

problème	prévention des escarres reste lacunaire.
Recension des écrits	<p>Ils décrivent les différents stades de l'escarre ainsi que l'importance des facteurs de risque activité-mobilité sur la survenue d'escarres .Lorsqu'une personne est à risque l'équipe devrait établir des buts et un plan de prévention avec les patient les réévaluer régulièrement. Recommandations : matelas mousse, repositionnement.</p> <p>Les études montrent que lorsque des guideline de prévention ont été mis en place→ la prévalence d'escarre est diminuée.</p> <p>Il est difficile de dire si la taille d'un hôpital favorise l'application de l'EBN car deux recherches se contredisent (Estabrooks et al., 2007) (Brown, et al., 2010). Idem pour le lien entre l'équipe infirmière et les escarres (Lake and Cheung, 2006 et Van den Heede et al., 2009). Il a été démontré que plus il y a de patients par infirmière plus le nombre d'escarres augmente (Al-Kandari and Thomas, 2009), une charge de travail excessive et le manque de temps contribuent au grand nombre d'escarres (Pekkarinen et al., 2008). Dans une étude comparative on voit que les hôpitaux CALNOC qui ont plus de personnel et qui repositionnent plus souvent que les hôpitaux suédois ont un taux plus bas d'escarres contractées à l'hôpital.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Prévention, escarres nosocomiales
Hypothèses	<p><u>Hypothèses</u> : l'équipe soignante, la taille de l'hôpital et la charge de travail ont une influence sur la survenue d'escarre à l'hôpital</p> <p><u>But de la recherche</u> : investiguer l'association de variables de différents niveau (patient, unité, hôpital) et l'application de l'évaluation des facteurs de risque, l'évaluation de la peau dans les premières 24h d'admission, l'utilisation de matelas anti-escarres et le repositionnement programmé.</p>

	<p>On ne sait pas exactement quels facteurs dans l'organisation contribuent le plus à la prévention des escarres basée sur des preuves. Des recherches antérieures ont déjà investigué des facteurs comme la taille de l'hôpital, l'équipe infirmière et la charge de travail séparément. L'organisation hospitalière est très complexe et les professionnels doivent collaborer afin de réduire les complications, telles que les escarres. Pour cela, il est important de comprendre quels sont les facteurs organisationnels ont une réelle influence sur la prévention des escarres. L'hypothèse découle de ces observations.</p> <p>Ils veulent reprendre les résultats ressortis dans les recherches de <i>Brown et al. 2010 ; Lake and Cheung, 2006 ; Al-Kandari and Thomas, 2009</i> (variables : taille de l'hôpital, équipe soignante, charge de travail) pour les mettre ensemble et voir laquelle est la plus significative.</p>
<p>Méthodes Devis de recherche</p>	<p><u>Devis</u> ; étude transversale</p>
<p>Population et contexte</p>	<p><u>Contexte</u> : En Suède, 2 districts différents</p> <p>→1 hôpital universitaire : 1100 lits, a développé un plan d'amélioration de la qualité relié à survenue d'escarre (programme d'éducation, séminaires pour infirmières diplômées et aides infirmière, réseau pour les escarres établi), pourcentage d'infirmière diplômées = 52.8% mais a plus d'infirmière avec >5ans d'expérience que l'hôpital général</p> <p>→1 hôpital général : 350lits, pourcentage d'infirmières diplômées différent = 62.8%</p> <p>→Comparaison des deux hôpitaux sur le nombre de lits, années d'expérience des infirmières, nombre d'infirmières diplômées, etc.)</p> <p><u>Population</u> : 44unités dans les 2 hôpitaux : gériatrie (n=8), médecine (n=24) et chirurgie (n=19). 825 patients adultes (>17ans) admis dans les unités avant minuit (du jour du début consentement à l'étude),</p>

	<p><u>Critères d'inclusion</u> : Adultes (>17 ans)</p> <p>→unités de soins intensifs (n=6) : exclus car différents soins et niveau de formation l'équipe infirmière</p> <p>Echantillon trop faible (825 patients, 44 unités)</p>
Collecte des données et mesures	<p>Electronic Health record (=DPI?), observation clinique, données du patient, système administratif du personnel, système administratif des patients</p> <p><u>VD</u> : Documentation de l'évaluation des facteurs de risque, évaluation de la peau dans les 24h après l'admission, l'utilisation de matelas à basse-pression, repositionnements planifiés.</p> <p><u>VI</u> : caractéristiques pat (âge, genre, jours d'hospitalisation, éval du risque avec score de Braden<17 le jour de l'étude), type d'hôpital (universitaire ou général) , type d'unité (gériatrie, médecine, chir),équipe infirmière (total d'heure de soin par patient, % de soins faits par les infirmières diplômées)et charge de travail (% renouvellement des patient par jour)</p>
Déroulement de l'étude	<p>Ils ont suivi la méthodologie de European Pressure Ulcer Advisor Panel = (Vanderwee et l. 2007) et Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (Brown et al. 2010b)</p> <p>Avant l'étude→ Les personnes qui ont récolté les données (infirmières diplômées) on participé à un séminaire d'un-demi jour dans lequel elles ont reçu des informations sur la procédure de l'étude et la récolte de donnée. Les infirmières ont également eu une leçon de e-learning sur l'entraînement à la classification des escarres et la différenciation des lésions de macération.</p> <p>Le jour de la collecte de donnée→ deux infirmières (une de l'unité et une d'une autre unité) sont allées chez chaque patient de l'unité et ont collecté les données suivantes : évaluation des facteurs de risque (score de Braden), évaluation de l'état cutané, type de matelas et l'utilisation d'un plan de repositionnement (défini comme ayant un planning de repositionnement mis en place sur la table de nuit). Ensuite, les données sur les facteurs de risque et l'évaluation de l'état cutané furent</p>

	<p>rentrées dans un dossier électronique.</p> <p>Après l'étude → Les données sur le nombre d'infirmières travaillant et la charge de travail ont été collectées au niveau de l'unité et ont été extraites du système informatisé de l'administration.</p> <p><u>Ethique</u> : La recherche a été approuvée par le « comité de recherche éthique » de la faculté de médecine de Uppsala. Les patients ont reçu des informations orales et écrites sur l'étude et on leur a donné un consentement verbal. Les proches ont été contactés si nécessaire. Les patients ont été informés qu'ils pouvaient se retirer à tout moment et les données ont été traitées de manière confidentielle.</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>manipulation des VI pour voir leur réel impact</p> <p>p= 0.05</p> <p>analyse des données effectuées avec un logiciel de statistiques</p> <p>L'échantillon total était de 825 patients avec une moyenne d'âge de 68,4 ans. La durée moyenne d'hospitalisation avant le jour de l'enquête était de 6 jours. La distribution des genres était presque égale. 18% des patients présentaient des risques d'escarres (Score de Braden <17). La prévalence des escarres nosocomiales (catégories 1-4) était de 12.6% et de 4,7% si on exclut la catégorie 1. La moyenne des heures totales de soins dans les deux hôpitaux était de 8h/jour par patient. 56.3% des heures de soins étaient prodiguées par des infirmières diplômées. 75% des patients étaient admis en hôpital universitaire et 25 % en hôpital général et entre ces deux hôpitaux, 40% étaient en médecine et 40% en chirurgie contre 20% en gériatrie).</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Présence de tableaux et de graphiques avec les résultats</p> <p>La prévention des escarres a été faite pour 58,7 des patients à risque (Braden <17). Le repositionnement programmé était moins fréquemment effectué. Les patients à risque de développer des escarres (Braden <17) avaient plus de chances d'avoir</p>

	<p>une évaluation de l'état cutané documentée, recevoir des matelas à basse pression et des repositionnements programmés. Les patients plus âgés avaient plus de chance d'avoir une évaluation de l'état cutané et des facteurs de risques. Les hôpitaux et le type d'unité ont révélé des résultats significatifs sur les quatre variables. Les patients de l'hôpital universitaire avaient plus souvent des résultats documentés concernant les facteurs de risque et l'évaluation de l'état cutané et avaient plus de chance d'avoir un matelas à basse pression que dans l'hôpital général. Par contre, les repositionnements programmés étaient moins fréquemment utilisés en hôpital universitaire. P.4.</p> <p>La documentation des facteurs de risque et de l'évaluation de l'état cutané étaient présents surtout dans les services de médecine, contrairement à l'utilisation de matelas à basse pression.</p> <p>Concernant les infirmières, lorsque le nombre total de soins étaient inférieurs, les patients avaient plus de chances de recevoir des matelas à basse pression mais n'avaient pas plus de repositionnements programmés.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les soins de prévention des escarres était reliée à l'âge du patient et à l'évaluation de facteurs de risque (Braden <17), ce qui est en accord avec les guidelines internationaux (NPUAP & EPUAP, 2009). P.7. Cependant, seulement 44-47% des patients à risque ont reçu des matelas à basse pression et des repositionnements planifiés. L'insuffisance de la prévention des escarres à aussi été démontrée par d'autres études en Europe (Lahmann et al. 2010 ; Tannen et al., 2008 ; Vanderwee et al., 2011). Les soins de préventions devraient être basés sur les besoins individuel des patients et fondés sur une évaluation des risques (échelle d'évaluation des risques, évaluation de l'état cutané et jugement clinique) (NPUAP & EPUAP, 2009). L'hôpital universitaire travaille à l'amélioration de la qualité par rapport aux escarres, alors que dans l'hôpital général les infirmières ont plus d'expérience. Les patients de l'hôpital universitaires sont plus souvent évalué (risques et état cutané) mais seulement 60% ont des résultats documentés. Avoir une routine dans tout l'hôpital afin de structuré les évaluations de risque et de l'état cutané afin d'établir des plans de soins et important. Tout le personnel (médecins, infirmières,</p>

	<p>physiothérapeutes) devrait avoir les connaissances et les capacités dans la prévention des escarres (quoi, quand, comment)</p> <p>P.7. Le nombre total d'heure de soins n'est pas significatif quand à l'évaluation de l'état cutané et des facteurs de risque. Il y a des consensus dans le monde qui disent que les infirmières diplômées devraient être responsables de la prévention des escarres. Cependant, des études suédoises montrent que les infirmières diplômées déléguaient les soins de nursing à des aides (Sving et al., 2012) et qu'elles ne faisaient pas de la prévention des escarres une priorité (Athlin et al., 2010 ; Sving et al., 2012). Cela peut être le signe d'une attitude négative envers les escarres (Beeckman et al., 2011) ou d'une connaissance insuffisante de l'importance de la prévention basée sur des preuves pour assurer la sécurité du patient P.7.</p> <p><u>Généralisation</u> : données récoltées dans seulement 2 hôpitaux=> généralisation difficile</p> <p><u>Limites</u> :</p> <p>Les données sur le repositionnement se sont basées sur des programmes de tournus au lit du patient=> cela a pu entraîner une surestimation de la réelle fréquence d'exécution</p> <p>Petit échantillon, données déséquilibrées et plusieurs catégories de variables risque de causer une estimation instable et des problèmes numériques dans l'estimation</p> <p>Les variables prises devaient avoir un impact sur les résultats des patients et la prévention des escarres mais dans cette étude le devis n'a pas permis de déduire une causalité mais seulement de voir l'association des variables</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p><u>Conséquences sur la pratique</u> : Les leaders dans l'organisation du système de santé devraient établir des routines sur différents niveaux supportant l'EBN dans la prévention des escarres, et les infirmières diplômées doivent assumer leurs responsabilités au lit du patient.</p> <p>Pas d'informations sur les travaux de recherche à venir.</p>

<p>Questions générales Présentation</p>	<p>Bien écrit et bien structuré. La plupart des étapes d'un article de recherche sont clairement décrites et avec précision. La structure et les informations données dans cet article permettent une analyse minutieuse.</p>
<p>Évaluation globale</p>	<p>L'importance de la prévalence des escarres est mise en avant et les auteurs se basent sur un état des connaissances de qualité (valeur scientifique). La question de la prévention des escarres et de comment mieux organiser les soins afin de diminuer le risque d'escarre est essentiel pour la discipline infirmière puisque celle-ci est responsable d'effectuer de la prévention pour chaque patient à risque.</p>

Determining Registered Nurses' Readiness for Evidence-Based Practice / Approche quantitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idée générale, problème de recherche</u>: Clairement identifié : déterminer si les infirmières sont prêtes pour la pratique basée sur des preuves</p> <p><u>Variables</u> : Pas dans le titre</p> <p><u>Devis</u> : Recherche quantitative transversale</p> <p><u>Auteurs</u> : Sous le titre, avec mention de leur titre professionnel</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u>: le résumé contient les principales parties : état des connaissances, objectifs, devis et méthode, résultats, conclusion et implication)</p> <p><u>Synthèse</u> : Bonne synthèse, compréhensible</p> <p><u>Mots clefs</u>: evidence-based practice, readiness, attitudes, enquête, connaissance, culture, alphabétisation de l'information, implantation</p> <p>Nombre de mot limité (environ 300 mots)</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: Acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du problème	<p><u>Problème de recherche</u> : L'EBP émerge dans le monde entier comme une initiative de soins majeure.</p> <p>Diverses nations encouragent l'utilisation des preuves pour la prise de décision dans les soins à travers des forums, des centres ou des instituts (Canada : National Forum on Health / US : Agency for Health Care Research & Quality / UK :</p>

	<p>National Institute for Health & Clinical Excellence). Des efforts collaboratifs internationaux ont été faits pour compiler, analyser, synthétiser et reporter les preuves cliniques (Cochrane Collaboration, Joanna Briggs Institute, Research Triangle Institute) p. 182</p> <p>L'initiative globale est démontrée par le nombre croissants de sites web concernant l'EBP. Selon Advisory Board Company (2005), presque 25% des infirmières travaillant au US ont classé « vers l'EBP » comme leur premier centre d'intérêt. P. 183 Malgré le fait que de nombreuses forces aient été mises en œuvre pour l'EBP, fermer le fossé entre mener une recherche et appliquer les résultats dans le contexte de la pratique n'est pas évident. Planifier des initiatives d'EPB est souvent accompagné de nombreuses questions telles que « où commençons-nous ? », « Sommes-nous prêts ». Faire une évaluation pour voir si l'institution est prête permet de répondre à ces questions, de planifier et d'évaluer les progrès avec le temps.</p> <p>Déterminer si une institution est prête pour l'EBP est une clé pour planifier des stratégies d'implémentation. P.183</p>
Recension des écrits	<p>Une évaluation est importante afin d'identifier et de mesurer les variables qui peuvent empêcher ou faciliter l'EBP. De nombreux chercheurs internationaux ont identifié les variables qui influencent l'EBP (McNeil et al. 2003 ; Wallin et al. 2003 ; Egerod 2004 ; Mott et al. 2005 ; Pravikoff et al. 2005 ; Upton & Upton 2006).</p> <p>Une étude de Pravikoff et al. (2005, p.50) a montré que « les infirmières diplômées aux US n'était pas prêtes pour la pratique basée sur des preuves ».</p> <p>Une étude de O'Donnel (2004) à examiné les infirmières danoises après l'introduction de l'EBP et il est ressorti qu'elles avaient une attitude positive malgré le manque de connaissances concernant les subtilités de l'EBP.</p> <p>Les connaissances et la confiance semblent être des obstacles pour l'implémentation de l'EBP (McSherry and colleagues, 2006).</p>

	Melnyk & Fineout-Overholt (2005) ont identifié des variables importantes pour la culture de l'EBP telles que des mentors, du soutien de l'administration, du temps et des ressources.
Cadre théorique ou conceptuel	Evaluation, facilitateurs et barrières à l'implémentation de l'EBN, attitude des infirmières, informations
Hypothèses	<p>Question de recherche : quatre questions ont guidé cette étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les besoins en informations des infirmières concernant l'EBP ? (a quelle fréquence ont-elles besoin de chercher une information, comment trouvent-elles l'information, quelles sont les disponibilités et les usages des ressources sur la place de travail et leurs compétences informatiques ?) - Quelle est la perception des infirmières sur leurs habilité (p.ex. : connaissances) pour pratiquer l'EBP ? - Quelle est la culture de lieu de travail (organisation et unité) pour l'EBN - Quelle est l'attitude des infirmières envers l'EBP. <p><u>But de la recherche :</u> Déterminer si les infirmières sont prêtes pour L'EBP dans un Hôpital universitaire dans le Midwestern(US) avant l'introduction de l'EBP dans cet hôpital. Identifier les forces et les challenges avant l'implémentation de l'EPB. Utiliser cette évaluation de donnée pour la planification du programme puis, a long terme, pour évaluer les progrès en comparant les données pré-initiative et post-initiative.</p> <p>Les questions de recherche découlent des connaissances actuelles concernant les variables influençant l'implémentation de l'EBP dans les milieux de soins (connaissances, culture, attitude, besoins des infirmières, etc.). Elles découlent de recherches antérieures (McNeil et al. 2003 ; Wallin et al. 2003 ; Egerod 2004 ; Mott et al. 2005 ; Pravikoff et al. 2005 ;</p>

	Upton & Upton 2006). Une étude de Pravikoff et al. (2005, p.50) O'Donnel (2004) McSherry and colleagues, 2006). Melnyk & Fineout-Overholt (2005).
Méthodes Devis de recherche	<u>Devis</u> : Recherche quantitative transversale
Population et contexte	<p><u>Contexte</u> : hôpital universitaire de 251 lits (taille moyenne) aux US</p> <p><u>Population</u> : Questionnaire donné à 205 infirmiers diplômés, 121 retournés (59%)</p> <p><u>Critères d'inclusion</u> : pas précisé</p> <p><u>Critère d'exclusion</u> : pas précisé</p> <p>Les 205 infirmiers représentent 25% des infirmiers diplômés travaillant dans l'institution. La récolte des données s'est faite sur 2 semaines, en décembre 2005.)</p> <p>Petit échantillon (121), moins de 20 % des infirmiers travaillant dans l'institution.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Présence de tableaux avec les résultats.</p> <p>Le développement de l'enquête s'est fait sur la base de l' « environmental readiness framework » créé par l'Association des infirmières diplômées d'Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO;RNAO 2002) et une revue de la littérature.</p> <p>L'enquête a été testée sur 21 infirmières de l'hôpital. Les participants ont dû compléter l'enquête et commenter son apparence et sa clarté. Après ce test, des ajustements ont été faits. Le questionnaire final (Evidence-Based Practice Readiness Survey) contenait 64 questions. 10 questions démographiques ont été mises pour décrire la population (âge, éducation, etc.).</p>

1. Besoin en information : une version modifiée du questionnaire « Informational Literacy for Evidence-based Nursing Practice (c en haut) (Pravikoff et al. 2005) a été utilisé pour examiner les besoins en information des infirmières. Le questionnaire a été développé aux US et a été utilisé dans de différents settings. (Pierce 2000 ; Tanner 2000 ; Pravikoff et al. 2005). Le questionnaire complet contient 71 questions et 35 ont été utilisées dans cette étude (celles concernant la question : quels sont les besoins en informations des infirmières ?). les questions concernent les sources d'informations présentes sur le lieu de travail (ressource online p.ex.) ou la familiarité des infirmières avec l'EBP.
2. La culture de l'EBP : a été mesurée à l'aide du « Nursing Evidence-Based Practice Survey (Titler et al. 1999). 14 questions ont été utilisées pour mesurer la culture (dans l'unité et au niveau de l'organisation par rapport à l'EBP). Les possibilités de réponses allaient de 7 à 35, le plus haut score indiquant un environnement de travail meilleur pour l'application de l'EBP.
3. Les connaissances : les connaissances concernant l'EBP ont été mesurées à l'aide d'un outil développé pour cette étude. Les connaissances ont été conceptualisées comme la perception des infirmières sur « avoir assez de connaissances, de capacités et accès aux ressources pour utiliser l'EBP. L'échelle contenait 3 questions allant de 3-15 points (le plus de point indiquant une meilleure perception des connaissances de l'EBP.)
4. Attitude envers l'EBP : mesurée à l'aide d'une échelle (The Nurses' Attitude Towards EBP Scale) développée spécialement pour cette étude. Examine l'attitude et les croyances des infirmières face à l'EBP. Contient 11 questions allant de 5 à 55 (le plus haut score indique une meilleure attitude concernant l'EBP.)

VD : Besoin en information, attitude envers l'EBN, connaissances sur l'EBN, ressources

VI : Equipe infirmière, organisation et réflexion des unités sur l'EBN

Déroutement de l'étude	<p>Il s'agit d'une étude descriptive exploratrice dans laquelle chaque infirmier a du remplir le « Evidence-Based Practice Readiness Survey » développé pour cette étude.</p> <p><u>Ethique</u> : Le plan de l'étude a été soumis au comité de révision institutionnel de l'hôpital et a été approuvé. Une lettre expliquant l'étude a été attachée à tous les questionnaires, expliquant la nature volontaire de l'enquête et la confidentialité des informations. Le retour du questionnaire rempli a été considéré comme un consentement à participer à l'étude.</p>
Résultats Traitement des données	Des statistiques ont été faites (fréquences, pourcentages, etc.).
Présentation des résultats	<p>Démographique : 96,6% de blancs, 90.8% de femmes, 46.2% de personne entre 40-49 ans, 47.9% niveau Bachelor, 57.6% ont obtenu leur dernier diplôme infirmier en 1995 ou plus tard. Moyenne d'année de travail : 10,6 ans.</p> <p><u>Besoin en informations</u> :</p> <p>72.5% disent demander souvent à des collègues (toujours : 12.5% ; fréquemment : 60%)</p> <p>Les bibliothèques ou les bases de données ne sont jamais utilisées dans 56% ou rarement dans 72.9%.</p> <p>62% des répondants disent chercher une information auprès d'un collègue chaque jour ou plusieurs fois par jour. 83% indiquent utiliser des articles de journaux au moins 1x par mois.</p> <p>43.3% disent utiliser des rapports de recherche 1x par mois alors que 45.8% indiquent ne jamais utiliser cette méthode.</p> <p>2.5% cherchent les réponses dans les rapports de recherche 1x par jour. (P.186 Table 2) 64% n'utilisent jamais la bibliothèque de l'hôpital et 75% n'utilisent pas CINAHL.</p> <p>53.7% n'utilisent jamais PubMed et 1.7% l'utilisent tous les jours (P.187, table 2).</p> <p>78% disent que, sur leur lieu de travail, les ressources internet pour la recherche sont adéquate ou plus qu'adéquate.</p>

	<p>(P.185)</p> <p>La majorité se sent confortable avec leurs capacités à utiliser un ordinateur mais moins capables d'utiliser des bases de données. Seulement 75% des répondants connaissent le terme « EBP ». P.186</p> <p>Connaissances sur l'EBP :</p> <p>Les participants perçoivent leur niveau connaissances sur l'EBP comme modéré (P.186). La connaissance est en étroite relation avec le niveau d'éducation infirmière et les années d'expériences.</p> <p>Culture de l'EBP : modérée</p> <p>Attitude : la majorité des infirmières ont une attitude positive par rapport à l'EBP. L'attitude dépend du niveau de formation, des années d'expérience et de l'âge (P.186).</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Comme démontré dans cette étude, les infirmiers ont besoin de chercher des informations dans leur pratique quotidienne.</p> <p>La première méthode est de demander à des collègues, puis viennent les journaux et les livres, les conférences, les banques de données puis les bibliothèques.</p> <p>Ces résultats coïncident avec ceux de Pravikoff et al. 2005. La capacité de trouver et d'utiliser des rapports de recherche est importante pour l'EBP and devrait être pris en compte lors d'une évaluation (readiness assessment).</p> <p>La majorité des infirmiers a de la difficulté à trouver des informations en utilisant des bases de données électroniques (CINAHL, PubMed), malgré que les ressources soient disponibles et que leur niveau d'informatique soit bon (P.187).</p> <p>Les stratégies d'intervention et d'implémentation et enseigner les méthodes de recherche dans les banques de donnée de la santé. (Car bonnes compétences informatiques...).</p> <p>Le fait que la majorité connaisse le terme EBP indique une exposition ultérieure à du contenu EBP. Les personnes récemment diplômées ou les infirmières avec un haut niveau d'étude ont beaucoup de chance d'avoir déjà été exposée au</p>

travers des études ou leurs collègues. D'autres études ont montré que le niveau d'étude avait une influence sur l'EBP. Diverses ressources sont disponibles pour maintenir l'effort. Des articles, des livres et des boîtes à outils existent et offrent un contenu accessible pour l'enseignement de l'EBP. La participation à des cours ou à des programmes de développement pourrait aider les hôpitaux avec des ressources d'éducation limitées (ex : personnel). (P.188)

Le manque de connaissances sur l'EBP a été identifié comme une barrière à l'implémentation par d'autres recherches (Melnyk et al. 2004 ; McSherry et al.2006 ; Upton &Upton 2006).

Plusieurs auteurs parlent de l'importance et de l'influence de l'environnement de la place de travail quant à l'EBP (Wallin et al.2003 ; Gerrish &Clayton, 2004 ; Advisory Board Company 2005) mais pour encourager la culture de l'EBP (dans les unités et dans l'institution), il faut un engagement de la part des administrateurs pour investir dans une « vision EBP ».

L'investissement de ressources pour permettre aux infirmières de s'engager dans l'EBP au lit du patient est essentiel. Il faut donner aux infirmières des mentors et du support pour chercher des preuves, stimuler des clubs de lectures (de revue) et la volonté des infirmières à essayer de nouvelles approches basées sur l'EBP sont des activités pouvant stimuler une culture positive de l'EBP.

La culture de L'EBP au sein des unités et des institutions (environnement) a une grande influence sur l'attitude des infirmières face à l'EBP. Le niveau de connaissances stimule la croyance en la valeur de l'EBP.

Ces résultats soulignent l'importance de l'attitude des infirmières dans la promotion de l'EBP. Si elles ne croient pas en la valeur de l'EBP, son implémentation peut être difficile. (Melnyk 2005 ; Melnyk & Fineout-Overholt 2005). P.189

Généralisation : La nature descriptive de cette étude rend la généralisation des conclusions difficiles ailleurs que dans l'hôpital ou elle a été effectuée.

	<u>Limites</u> : Risque de biais car les personnes remplissent elle-même et n'ose peut être pas mettre des réponses socialement indésirables. Petit échantillon (n=121) : 25% des infirmières diplômées. Peut être pas représentatif de toute la population.
Perspectives futures	Avant d'initier une implémentation de l'EBP, une évaluation du site spécifique devrait être faite afin de déterminer si les infirmières sont prêtes à entrer dans ce processus. L'évaluation doit contenir les besoins en informations, les connaissances, la culture (unité et institution) et l'attitude des infirmières face à l'EBP. Cette évaluation donne d'importantes informations pour planifier une initiative d'implémentation. P.190
Questions générales Présentation	Bonne structure, bien détaillé et bien expliqué. Une analyse minutieuse est possible.
Evaluation globale	Résultats utiles et probants pour la pratique

The accessibility of research-based knowledge for nurses in United Kingdom acute care settings / Approche qualitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idee générale, problème de recherche</u>: accessibilité de la connaissance basée sur des preuves dans les services de soins aigus</p> <p><u>Variables</u> : pas dans le titre</p> <p><u>Devis</u> : Qualitatif</p> <p><u>Auteurs</u> : Sous le titre, avec mention de leur titre professionnel et des institutions dans lesquelles ils travaillent</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : Le résumé contient les principales parties (Etat des connaissances, devis, résultats, conclusion)</p> <p><u>Synthèse</u> : Bonne synthèse de l'article</p> <p><u>Mots clefs</u>: accessibilité de la recherche, prise de décision, utilisation, méthodologie Q, interviews, observation, étude de cas, pratique basée sur des preuves, technologie de l'information</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: Acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du problème	<p><u>Problème de recherche</u> : la production et la dissémination de l'information de recherche de qualité n'est pas utile pour les infirmières si elles n'ont pas accès à celle-ci. Accéder à des informations basées sur la recherche est un élément central dans une culture basée sur les preuves. La stratégie d'information de NHS (National Health Service), le développement du net de NHS, et le « National Electronic Library for Health » luttent tous pour fournir des informations basées sur des preuves et de meilleure qualité plus proche des personnes prenant les décisions au lit du patient. Cette recherche se</p>

	<p>concentre sur les interactions entre les infirmières, leurs décisions cliniques et les informations qu'elles utilisent pour prendre leurs décisions. Fournir une formation d'experts, développer les compétences d'implémentation de la recherche des infirmières et mettre en place des stratégies complexes sur l'utilisation de la recherche ne portera aucun fruit si ces interventions ne sont pas basées sur une compréhension de comment les « vraies » infirmières (en opposition à la vision académique des infirmières) accèdent à l'information pour de vrais problèmes cliniques, en temps réel. Les solutions pour l'information ne peuvent pas être adaptés aux besoins des infirmières à moins d'avoir une image significative de quels sont ces besoins.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Au top de la liste des raisons pour lesquelles les infirmières ne parviennent pas à utiliser les preuves de recherche se trouve le manque perçu d'accessibilité au matériel (Bostrum & Suter 1993, Funk et al. 1995, Parahoo, 2000, Retsas 2000, Rodgers 2000). En même temps, le nombre d'articles de journaux sur l'utilisation de la recherche dans les soins promeut l'idée que les praticiens qui se basent sur des preuves sont un exemple de modernité, qu'ils sont totalement équipés et professionnels. Ces tendances mènent à la question fâcheuse « si les infirmières doivent atteindre des impératifs professionnels, politiques et éducationnels pour l'utilisation de la recherche, alors que la connaissance basée sur des preuves est perçue comme inaccessible, d'où obtiennent-elles de telles connaissances ? » La façon de présenter l'information a beaucoup évolué. Des stratégies ont été développées par le NHS (Department of Health 1993). Des institutions telles que l' »International Cochrane Collaboration » et le « NHS Centre for Reviews and Dissemination » luttent pour synthétiser les preuves de recherche. Cela n'est pas clair, cependant, quel impact ces façons de présenter l'information ont sur les preneurs de décision dans la clinique. Les soins basés sur des preuves ont été développés afin de se concentrer sur des incertitudes cliniques en se posant des questions cliniques et en cherchant dans la littérature (Flemming 1999, NHS CRD 2000) et en évaluant la validité de la preuve. Notre connaissance de l'implémentation de la</p>

	recherche a aussi augmenté (Oxman 1994, NHS CRD 2000). Tous ses développements reposent sur le fait que les cliniciens aient accès à la meilleure preuve disponible ; la preuve est utile dans le but de réduire les incertitudes associées à leurs décisions. Sans accès à des recherches de bonne qualité, la prise de décision basée sur des preuves ne sera pas possible. P.13
Cadre théorique ou conceptuel	Ils sont décrits → voir Etat des connaissances
Question de recherche	<u>But de la recherche :</u> 1. Examiner en temps réel et dans la pratique l'utilisation de l'information dans la prise de décision des infirmières. 2. Révéler l'accessibilité des sources d'informations utilisées par les infirmières.
Méthodes Tradition et devis de recherche	<u>Devis :</u> Etude de cas
Population et contexte	<u>Contexte :</u> 6 unités de chirurgie, 6 unité de médecine, 3 unités de chirurgie cardiaque <u>Population :</u> entretiens : 108 infirmières. Observation non-participative : 60 infirmières
Collecte des données et mesures	Une analyse critique de la littérature sur l'utilisation de la recherche et la prise de décisions infirmière (Thompson 1999) a servi de base pour effectuer un <u>questionnaire</u> contenant les caractéristiques démographiques de la population depuis lesquels nous avons sélectionné des indicateurs pour les interviews et l'observation. La population à été choisie au

	hasard par rapport aux données démographiques théoriquement significatives dans les recherches précitées.
Déroulement de l'étude	<p><u>Entretien semi-structuré</u> : les infirmières ressortent leurs difficultés, l'accessibilité, les barrières à l'utilisation et la perception de l'utilité de la recherche. Dure environ 1 heure. Enregistré et retranscrit mot à mot</p> <p><u>Observation non-participative</u> : 56% des personnes vues en entretien sont observées. Pour voir comment les infirmières utilisent les sources d'information en temps réel. L'observateur prend des notes.</p> <p><u>Audit de la documentation et des ressources</u> : analyse de la documentation (littérature, ressources électroniques) disponible dans l'institution. Disponibilité des preuves et sources auxquelles les infirmières se réfèrent (date de publication, références, origines du document, nature de la ressource, focus clinique). Egalement enregistré.</p> <p><u>Ethique</u> : l'approbation éthique à été donnée par les comités d'éthique de la recherche locaux.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Q-sorts : les interviews et l'observation a servi à construire 3 « Q-sorts ». La construction des « Q-sort » contient 4 stades : 1- construire un « Q-sample », c'est-à-dire un ensemble de déclarations faite autour d'un thème. 2- le répondant doit trier les déclarations du « Q-sample » selon des instructions qu'il reçoit. 3- analyse des données avec la PQMethod version 2.09a. 4-interprétation des données : qualitatif, se réfère à d'autres références théoriques sur le sujet. Pour permettre des comparaisons, les variables démographiques (âge, niveau d'éducation, expérience clinique) se trouvant dans les questionnaires ont été explorées avec le modèle de régression SPSS 9.0.</p>

Présentation des résultats	<p>Les ressources sont des livres, des recherches antérieures faites localement, des résultats de conférence et des ressources locales (articles de journaux, vidéos, newsletters, posters, journées de formations). Il n'existe pas d'index des ressources, ce qui rend la recherche difficilement efficace pour les infirmières.</p> <p>Différentes perspectives ressortent des déclarations faites par les infirmières concernant l'accessibilité aux ressources. L'accessibilité est entendue au sens large du terme, c'est-à-dire accessibilité physique et intellectuelle.</p> <p>1. La source d'information basée sur la recherche la plus accessible est la source humaine (spécialement les infirmières cliniques spécialisées).</p> <p>Durant les 180 heures d'observation, comprenant environ 1080 décisions, seulement deux sources d'informations de recherches écrites ont été utilisées : les protocoles ou guidelines locaux (4 fois) et le British National Formulary (50 fois). Se référer aux infirmières spécialisées (ou ceux prenant ce rôle), était une alternative très fréquente et commune pour prendre une décision. Sans surprise, la source la plus accessible est aussi celle en qui les infirmières ont le plus confiance. Faire appel à l'expérience clinique (p.ex. infirmières spécialistes en viabilité des tissus) est monnaie courante dans la prise de décision face à une plaie complexe. → cela montre qu'une des stratégies qui devrait être mise en place pour rendre l'information basée sur la recherche disponible devrait être d'exploiter le pouvoir de l'agent de changement humain, spécialement la fonction et le rôle de l'infirmière clinique spécialisée. Des rôles d'infirmières consultantes (experts conseils) sont en train d'être développés dans ce but aux UK. Cependant, en plus de développer ces potentiellement puissants agents de changement (consultantes), il devrait y avoir une évaluation rigoureuse de leur impact sur la prise de décision clinique et une assurance que les personnes en charge de leur éducation vont préparer les consultantes de manière adéquate pour assurer leur rôle en tant que pont entre le monde de la recherche et le monde de la pratique.</p>
----------------------------	---

L'utilisation de la bibliothèque est presque exclusivement réservée aux personnes faisant une formation continue et la perception est que la nature du travail d'infirmière décourage l'utilisation de la bibliothèque (pas le temps d'y aller, sauf sur le temps libre ou les jours de congé).

Plus une infirmière passe de temps dans une spécialité médicale plus elle va percevoir la ressource humaine comme étant la plus accessible.

2. accessibilité sur le site à des brochures d'information ou des informations sur des panneaux s'affichant dans les unités.

Il ressort encore que les collègues expérimentés et les infirmières spécialistes sont le plus accessibles. Le besoin d'une « proximité » entre les équipes est mis en avant (personnes se trouvant sur le terrain, pas trop loin. Prendre les décisions à plusieurs, avec les spécialistes, plutôt que faire chacun à sa manière) Les ressources humaines les moins accessibles sont celles associées avec une certaine distance de l'unité et donc peu accessible en relation : unité de recherche et de développement de l'hôpital, unité de développement de la pratique, bureaux du directeur des soins et de son équipe.

Cependant, les infirmières perçoivent la littérature comme un moyen de rester à jour avec sa pratique. Elles reconnaissent les limites de la ressource humaine (risque de s'utiliser les uns les autres : peut-être que tout le monde n'est pas à jour dans sa pratique par rapport à ce que dit la littérature). Il est clair que certains environnements rendent l'utilisation des guidelines et des protocoles plus aisée que d'autres, par exemple le CCUs (chirurgie cardiaque). Presque toutes les procédures médicales communes sont couvertes avec des manuels de procédures. Les protocoles de soins sont acceptés comme étant la base pour les décisions de traitement.

Beaucoup d'infirmières ressortent que vu que leur expérience augmente, il y a moins besoin d'utiliser les protocoles ou les guidelines. De plus, les protocoles sont souvent vus comme un outil d'éducation, de formation ou de révision plutôt qu'une technologie de soutien dans la prise de décision. Il n'y a pas de marche à suivre concernant l'utilisation des

	<p>protocoles, qui sont utilisés de manière informelle, ce qui fait que certains praticiens les utilisent et d'autres pas.</p> <p>L'utilisation des protocoles semble être influencée par les médecins. En effet, si les médecins soutiennent l'introduction de protocoles, il semble que les infirmières les utilisent, sans prendre en compte si le document est basé sur la recherche ou non. Dans les protocoles identifiés, 43% de ceux développés par des médecins contiennent des références à la recherche contre 32% de ceux développés par les infirmières.</p> <p>3. tout comme l'accessibilité aux ressources humaines, les infirmières voient les guidelines, les protocoles et les bases de données (MEDLINE/CINAHL) comme relativement accessibles. Les informations basées sur la technologie (bases de données en ligne) sont perçues comme relativement accessibles alors que les bibliothèques infirmières ou de médecine ne le sont pas. Cela vient du fait que les bibliothèques ne sont en général pas perçues comme une ressource pour la résolution de problème clinique mais plus pour de la consultation concernant des problèmes « abstraits ».</p>
Discussion	<p>L'expérience clinique dans une spécialité a une influence importante sur la perception qu'on les infirmières de l'accessibilité des sources d'informations de recherche. Il y a également des différences selon le domaine dans lequel elles exercent. Les infirmières ont plutôt tendances à utiliser les sources qu'elles connaissent et en lesquelles elles ont confiance, sans se soucier de la nature du problème ou de la décision clinique impliquée. Des formations pour reconnaître les incertitudes cliniques et de les formuler en questions spécifiques pourrait aider à changer les perceptions et les comportements. Dans les unités, seul 1/3 des 4000 documents examinés font références à des preuves de recherche. Peut-être y en avait-il plus, mais sur plus de 1000 documents, les auteurs ne figurent même pas ! cela est décevant. Peu de documents sont basés sur la recherche et la plupart sont fait par des médecins ou des infirmières spécialisées, avec une qualité variable et sans avoir mené d'audit pour identifier une problématique.</p>
	<p><u>Limites</u> : ne sont pas clairement explicitées</p>

Perspectives	Des rôles d'infirmières consultantes (experts conseils) sont en train d'être développés dans ce but aux UK. Cependant, en plus de développer ces potentiellement puissants agents de changement (consultantes), il devrait y avoir une évaluation rigoureuse de leur impact sur la prise de décision clinique et une assurance que les personnes en charge de leur éducation vont préparer les consultantes de manière adéquate pour assurer leur rôle en tant que pont entre le monde de la recherche et le monde de la pratique. Voir Discussion.
Questions générales Présentation	L'article est bien écrit et bien structuré. Il peut se prêter à une analyse critique minutieuse.
Evaluation globale	L'étude procure des résultats probants pour la pratique.

Using hospital administrative data to evaluate the knowledge-to-action gap in pressure ulcer preventive care / Approche qualitative

Aspects du rapport	Commentaires
Titre	<p><u>Idée générale, problème de recherche</u>: Réduire le fossé entre les connaissances et la pratique à l'aide de données administratives d'un hôpital</p> <p><u>Devis</u> : pas énoncé dans le titre → mais on peut deviner que c'est une recherche qualitative</p> <p><u>Auteurs</u> : présence des auteurs ainsi que leurs fonctions</p>
Résumé	<p><u>Principales parties</u> : objectifs, méthode, résultat et conclusions sont présentes</p> <p><u>Synthèse</u> : bon résumé</p> <p><u>Mots clefs</u>: evidence-based medicine, health care quality, access, evaluation, pressure ulcer</p> <p><u>Lecture du résumé</u>: acceptation de l'article</p>
Introduction Enoncé du problème	<p><u>Problème de recherche</u> : Le fossé entre la façon dont nous percevons les soins et la façon dont ils sont exécutés.</p>
Recension des écrits	<p>Des études confirment qu'il y a un fossé entre la façon dont nous percevons les soins et la façon dont ils sont exécutés (<i>Starfield, 2000 ; Weinart et al, 2000</i>). En effet, il y a une séparation entre ce qu'on sait et ce qu'on pratique (<i>Liang, 20007</i>).</p> <p>Il y a des problèmes prépondérants d'abus (<i>Bates et al, 2003 ; Graham et al., 2006 ; Iglehart, 2006 ; McGlynn et al.,</i></p>

	<p>2003), de sous-utilisation (<i>Bates et al., 2003 ; Graham et al., 2006 ; McGlynn et al., 2003 ; Green et al., 2006 ; Harlan et al., 2005 ; Landon et al., 2006 ; Mularski et al., 2006</i>) et de mauvais usage (<i>Zhan & Miller, 2003</i>) qui entraînent une morbidité et une mortalité qui pourrait être évitée.</p> <p>Dans le cas de la prévention des escarres, l'adhérence à une pratique démodée et le haut degré d'incohérences dans les soins ont été rapportés (<i>Bours et al., 2001 ; Bours et al., 2002 ; Gunninberg et al., 2001 ; Gunninberg, 2005 ; Lyder et al., 2001 ; Lyder, 2003</i>). Cependant, comme le décrivent <i>Lyder (2003)</i> et <i>Reddy et al. (2006)</i>, suffisamment d'informations concernant la prévention des escarres sont disponibles (p.375).</p>
Question de recherche	<p><u>But de la recherche</u> : Explorer la manière dont les bases de données administratives peuvent évaluer le fossé entre l'EBM et la pratique de tous les jours.</p> <p>Une analyse de 123 hôpitaux belges effectuée par <i>Van den Heede et al. (2006)</i> a montré que le niveau d'adhésion aux standards d'evidence-based peut être questionné en Belgique (p.375).</p> <p>Le transfert inadéquat entre les connaissances aussi bien que l'utilisation, l'implémentation et la dissémination ont été reconnues. <i>Graham et al. (2006)</i> se penchent sur ces problèmes dans le contexte d'un modèle conceptuel de compréhension. Il parle du fossé entre « knowledge-to-action » dans lequel de nombreux facteurs contribuent à la non-compliance à l'EBP : 1) Facteurs au niveau organisationnel : manque de temps, d'infrastructures, de support et de ressources, 2) Caractéristiques individuelles : conscience, attitude, connaissances et compétences, 3) Facteurs concernant les sources d'informations : surcharge d'informations, forme, langage, jargon scientifique, présentation des recommandations, etc. (p.376, gauche)</p> <p>Deux éléments importants pour soutenir le changement et le succès du transfert des connaissances : 1) Identifier le fossé entre le processus de soins et les résultats actuels, 2) Identifier le processus de soins et les résultats visés (<i>Watcher,</i></p>

	<p>2006).</p> <p>Pour s'attaquer à ces barrières, les institutions ont adopté la solution de la technologie informatique (IT) pour pister les processus et les résultats (<i>Watcher, 2006</i>). Depuis l'implémentation des dossiers médicaux électroniques et des décisions cliniques basées sur des preuves comme support, le système est grandissant, les anticipations en temps réelles conviennent à la charge de travail et l'extraction automatique des données est concevable pour un futur proche.</p> <p><i>Sheridan et Thompson (1994)</i> disent que « l'ordinateur n'offre pas d'assistance, les humains doivent tout faire » (p.376).</p> <p>Des désavantages potentiels sur la sophistication des systèmes informatiques localement installés ont été identifiés : Les manuels de données sont handicapants dans l'inefficacité, créent de nouveaux types d'erreurs, sont fatigants, créent des réactions violentes des médecins, etc. (<i>Watcher, 2006 ; Green et al., 2006</i>).</p> <p>Actuellement, le plus grand obstacle du transfert de « knowledge-to-action » est le manque de données en format codé <i>Clayton & Hripcsak(1995)</i>.</p>
<p>Méthodes Tradition et devis de recherche</p>	<p><u>Devis</u> : n'est pas clairement explicité mais on peut deviner que c'est une étude qualitative.</p>
<p>Population et contexte</p>	<p><u>Contexte</u> :</p> <p>Belgique</p> <p>Dans cette étude, ils ont intégré le HDDS-NMDSII de l'étude pilote à un hôpital de soins chez des patients admis durant décembre 2003 pour évaluer l'adhérence standard à l'EB (evidence-based).</p> <p>20990 jours de patients hospitalisés dans 47 unités infirmières dans 22 hôpitaux.</p>

	<p><u>Echantillon :</u> 6030 patients (p.376). Dans cette étude, les il y avait 47% d'hommes et 53% de femmes, de 0 à 99 ans (avec une moyenne d'âge de 60.5 ans) (p.379). Les patients étaient dans des services de médecine : 23.97% gériatrie, 22.37% oncologie, 18.06% cardiologie, 11.31% pédiatrie, 9.67% ambulatoire, 7.89% soins intensifs.</p>
Collecte des données et mesures	<p><u>Sources de données : (p.376)</u> Deux bases de données nationale en Belgique : 1) le Hospital Discharge Dataset (HDDS) et 2) le Nursing Minimum Dataset (NMDS) version et tous les ans y sont reportés : 1) les données de séjour des patients, incluant les informations sur les spécialités de soins reçus et la longueur du séjour, 2) les données démographiques des patients, 3) les diagnostics médicaux et les informations de procédure qui sont basées sur la CIM-9 (« ICD 9 coding» → ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) définie par l'OMS (p.376). De plus, quatre fois par an, un classement est effectué sur 15jours avec le but de collecter des données pour le NMDS dans les hôpitaux belges. En plus des données sur la durée des séjours des patients et les données démographiques, 2 types de données sont inscrites : 1) les données de dotation du personnel des infirmier et 2) les données d'interventions infirmières. La fonction de la base de données HDDS-NMDSII est de montrer l'amélioration de la qualité, les recherches sur la dotation et le remboursement des hôpitaux (<i>Sermeus et al., 2005</i>). <u>Identifier les preuves disponibles : (p.376-277)</u> Pour définir la pointe des soins préventif en escarres, 2 critiques/journalistes ont effectué une revue systématique de</p>

littérature. Une recherche stratégique systématique a été implémentée pour identifier les études qui comparaient les interventions réussies pour prévenir les escarres chez les patients à risque avec des interventions alternatives ou les cas dans lesquels aucune intervention n'était utilisée.

Dans cette étude, ils ont alors pris note du moment et de l'exécution appropriée de ces interventions.

Les catégories qui sont ressorties de cette recherche dans la littérature sont les suivantes : 1) diagnostic, dépistage et évaluation des composantes de l'intervention en terme de moment et d'exécution du diagnostic, 2) indications et contre-indications pour les interventions comme principaux critères de diagnostic, dépistage et évaluation, 3) les composantes fondamentales des interventions de traitement, surtout en prévention des escarres, 4) les composantes du contexte des interventions de traitement, 5) la relation entre le diagnostic et les composantes du traitement en terme de moment et d'exécution thérapeutique (p.377).

Des recommandations ont été utilisées pour effectuer un algorithme :

1. Le patient à risque de développer une escarre est évalué, si possible deux heures après l'admission.
2. Les facteurs de risques primaires et secondaires sont évalués avec un outil d'évaluation (échelle de Norton ou Braden), avec une inspection minutieuse de la peau ou à travers une auto-inspection par le patient (p.377). (Si aucun facteur de risque n'est présent, aucune intervention n'est indiquée. Si seulement des facteurs secondaires sont présents, il n'y a pas d'interventions indiquées mais une évaluation des risques régulière est demandée. Si des facteurs de risques primaires sont détectés, alors le patient est considéré comme à risque. Si des facteurs primaires et secondaires sont présents, le patient est considéré comme très à risque.)
3. Il faut accorder une attention à l'activité, la mobilité et les soins d'hygiène chez les patients à risque. Il faut faire attention à l'incontinence, s'aider du matériel disponible, faire attention à la dénutrition ou à la déshydratation.

	<p>Les 3 composantes de prévention des escarres sont : a) matelas spéciaux, b) changement de position et c) l'éducation au patient.</p> <p><u>Algorithme d'EB :</u></p> <p>Les recommandations écrites sous forme de texte ont été transformées en algorithmes.</p> <p>Un algorithme a été déduit des recommandations basées sur des preuves.</p> <p>L'évaluation des risques et les interventions sont représentées dans un autre algorithme.</p> <p>Le phénomène étudié et la collecte des données sont en adéquats.</p>
Déroulement de l'étude	<p><u>La procédure de récolte de recherche :</u> est décrite → Cf état des connaissances</p> <p><u>Ethique :</u> pas explicité</p>
Résultats Traitement des données	<p>35.1% des patients ont eu une évaluation primaire des facteurs de risque sur un jour ou plus durant leur séjour enregistré.</p> <p>41.6% des patients avaient des facteurs de risque secondaires (niveau A) et 79.4% avaient des facteurs de risques secondaires (niveau B et C).</p> <p><u>Pour déterminer la proportion des patients qui devraient recevoir des soins, une classification a été effectuée : (p.379)</u></p> <p>Sur les 6030 patients, 11.1% ne montraient pas de facteurs de risques => pas d'intervention indiquées pour ces patients.</p> <p>53.8% des patients n'ont pas présenté de facteurs de risques primaires mais ont présenté des facteurs de risques secondaires durant 1 ou plusieurs jours durant leur séjour=> une réévaluation régulière seulement était indiquée chez ces patients</p> <p>13% des patients ont présenté un facteur de risque durant un jour ou plus durant leur séjour => des interventions de prévention étaient indiquées chez ces patients</p> <p>22.1% des patients ont présenté un facteur de risque primaire combiné avec un facteur de risque secondaire (niveau A)</p>

	<p>durant un jour ou plus durant leur séjour => d'après le standard d'interventions préventives : l'utilisation d'un système dynamique de matériel spécial a été indiqué pour ces patients.</p> <p>D'après cette classification (p.379): 35.1% des patients ont besoin d'interventions préventives concernant les escarres et avoir une éducation sur la prévention des escarres, 22.1% devraient être placés sur des matelas spéciaux et repositionnés 6 fois par jour et 14.8% devraient être repositionnés 12 fois par jour.</p> <p><u>Sous-utilisation de l'évaluation</u> : (p.380)</p> <p>35.1% des patients devraient recevoir une éducation mais 28.4% ne l'ont pas reçue, 22.1% des patients devraient avoir été placés sur des systèmes dynamiques de matelas spéciaux mais 17.5% ne l'ont pas été.</p> <p>22.1% des patients auraient du être repositionnés 6 fois par jour mais 4.7% ont été repositionnés moins de 5 fois par jour, ce qui veut dire que plusieurs douzaines de personnes ont été repositionnées seulement une fois ou deux par jour en moyenne durant leur séjour.</p> <p><u>Interventions préventives sur-utilisées chez des patients n'en ayant pas besoin</u> : (p.380)</p> <p>79.9% des patients n'avaient pas besoin d'interventions de prévention d'escarres, 1.3% ont été placés sur de matelas spéciaux alors que cela n'était pas indiqué après l'évaluation des risques et 1.7% ont été repositionnés plus que ce que le standard le dit (5 ou 6 fois par jours) et on été repositionnés 14 fois par jour.</p>
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés de manière claire à l'aide de statistiques (pourcentages).
Discussion Intégration	L'exemple de prévention des escarres montre que l'implémentation de règle d'evidence-based en utilisant des données administratives est faisable. Cependant, pas tous les aspects des soins peuvent être comparés de cette manière (p.380).

<p>de la théorie et des concepts</p>	<p>L'indisponibilité des données limite l'applicabilité des règles d'EB érigées. Cependant, les données disponibles peuvent être programmées logiquement, ce qui mène à des résultats qui peuvent être utilisés comme point de départ de l'amélioration des soins (p.380).</p> <p>Les check listes standards d'EB sont focalisées sur des interventions fixes pour des diagnostics fixes. Dans cette étude, ils ont utilisé une méthode qui prenait en compte la variabilité intrinsèque du diagnostic. En effet, les indications et contre-indications ont été basées sur le diagnostic médical, les comorbidités et les symptômes actuels et sont clarifiés à l'aide du dépistage, d'évaluation et de méthodes d'investigation additionnelles (p. 381). => les standards ne devraient pas être restreints aux interventions spécifiques mais devraient représenter le processus de raisonnement clinique entier. Les algorithmes sont adaptés pour aider cette démarche.</p> <p>L'exemple de prévention des escarres est un exemple qui est limité aux indications pertinentes à l'étude. Il serait utile pour le future d'élargir les algorithmes qui pourraient élargir la prise de décision mentale.</p> <p>En général, il y a un fossé entre les soins visés et ceux réellement prodigués. Par exemple, les résultats de sous-utilisation sont hautement significatifs et cliniquement pertinents. Ces résultats confirment les résultats obtenus dans d'autres pays (<i>Bours, Laat, Halfens & Lubbers, 2001 ; Bours, Halfens, Abu-Saad & Grol, 2002 ; Gunninberg, Lindholm, Carlsson & Sjöden, 2001 ; Gunninberg, 2005 ; Lyder et al., 2001</i>). Dans la même idée, les cas de sur-utilisation sont moins fréquents mais surviennent tout de même.</p> <p>Ils ont identifiés de nombreux standards basés sur des preuves pour la prévention des escarres mais ils ne sont pas assez intégrés dans la pratique (p.381).</p> <p><u>Généralisation des conclusions</u> : Les patients de l'échantillon faisaient partie de services spécifiques ce qui ne rend pas possible une généralisation des conclusions.</p>
--	--

	<p><u>Limites de l'étude :</u></p> <p>Les données sont récoltées à partir des données administratives et non de l'observation de la pratique. Ceci peut vouloir dire que des biais sont présents car les sous-utilisations ou sur-utilisations sont peut-être dues à des mauvaises entrées d'informations dans le système.</p> <p>Les patients de l'échantillon faisaient partie de services spécifiques ce qui ne rend pas possible la généralisation à d'autres cadres.</p>
Perspectives	<p><u>Conséquences sur la pratique :</u></p> <p>La future faisabilité de construction de règles dépend surtout de la disponibilité des données administratives pertinentes. Les déclarations, enquêtes, chartes, etc. sont des ressources importantes (<i>Asch, Sloss, Hogan, Brook & Kravitz, 2000</i>) (p.381).</p> <p>En ces jours de pénurie et de grande charge de travail dans les soins, se focaliser sur une amélioration continue de la qualité guidée par les connaissances scientifiques devrait être organisée de la manière la plus efficace possible (p.381).</p> <p>Beaucoup de données existantes attendent d'être explorées et ignorer ces données n'est plus une option.</p>
Questions générales Présentation	L'article est bien écrit et une analyse minutieuse est possible.
Evaluation globale	<u>Résultats probants et utiles à la pratique :</u> Les résultats sont relativement vagues et sans pistes réelles.