COMBLER L'ECART :
DES PREUVES AUX ACTES

JOURNÉE INTERNATIONALE DES INFIRMIÈRES 2012

Copyright © 2012 CII - Conseil international des infirmières,

3, place Jean-Marteau, CH-1201 Genève (Suisse)

Tous droits réservés, y compris pour la traduction en d'autres langues. La reproduction photomécanique de cet ouvrage, son stockage dans un système d'information, sa transmission sous quelque forme que ce soit et sa vente sont interdits sans la permission écrite du Conseil international des infirmières. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, pour autant que la source soit indiquée.

ISBN : 978-92-95094-80-2

Table des matières

Lettre de la Présidente et du Directeur général du CII		1
Introduction		3
Chapitre 1 :	Comprendre la pratique basée sur les preuves	5
Chapitre 2 :	Sources de preuves	13
Chapitre 3 :	Des preuves aux actes	17
Chapitre 4 :	Plaider pour le changement	25
Chapitre 5 :	Rôle des associations nationales d'infirmières	29
Annexes		
Annexe 1 :	Compétences d'évaluation critique	35
Annexe 2 :	Cadre de pratique réflexive	37
Annexe 3 :	Modèle de plan d'affaires / de développement de service	39
Annexe 4 :	Prise de position du CII sur la recherche en sciences infirmières	41
Annexe 5 :	Fiche d'information CII : Indicateurs tenant compte des résultats de soins infirmiers	45
Annexe 6 :	Fiche d'information CII : La recherche en soins infirmiers	49
Références		53
Ressources complémentaires		55

12 mai 2012

Chères collègues, Chers collègues,

Dans notre quête de soins de santé de qualité et accessibles, nous devons constamment nous efforcer d'appliquer aux services infirmiers des approches fondées sur les preuves. Aujourd'hui, les systèmes de santé du monde entier sont confrontés à des inégalités en termes de qualité et de quantité des services prodigués, ainsi qu'à des restrictions financières. L'une des raisons pour lesquelles les services ne sont pas toujours prodigués de manière optimale réside dans la prise de décisions mal fondées, qui risquent en outre compromettre l'efficience, l'efficacité et l'équité dans la disponibilité des services de santé. Le recours à des preuves pour étayer nos actes est une manière déterminante et réaliste d'améliorer les résultats des systèmes de santé.

Or, la quantité de plus en plus importante d'informations disponibles risque de compliquer plutôt que de faciliter la recherche des preuves. Plus que jamais, les infirmières doivent apprendre non seulement à récolter des preuves, mais encore à les appliquer dans leur travail quotidien. Toutes les preuves ne sont pas solides ni fiables : aussi les infirmières doivent-elles savoir identifier les meilleurs éléments de preuve, compte tenu des besoins et des préférences des utilisateurs des services, tout en appliquant leurs propres expertise, compétences et jugement clinique pour déterminer dans quelle mesure ces preuves sont applicables dans leur contexte local.

Le paquet d'outils que nous publions à l'occasion de la Journée internationale des infirmières 2012 a pour ambition de donner aux infirmières les moyens d'identifier quelles preuves utiliser, de savoir les interpréter et de déterminer dans quelle mesure les résultats escomptés de l'application des preuves sont assez importants pour justifier des modifications de la pratique en vigueur et, donc, la consommation de ressources précieuses qui pourraient être nécessaires à d'autres fins.

Le CII est convaincu que les infirmières sont bien placées pour fournir des renseignements importants concernant les contextes, les systèmes de santé, les besoins des différents groupes de populations ainsi que le rôle des facteurs sociaux et des considérations de politique locale. L'approche fondée sur les preuves nous permet de remettre en question notre approche de la pratique et de nous responsabiliser – et d'être remis en question par autrui sur ces questions. Elle nous permet enfin de réévaluer en permanence notre pratique et de chercher des manières neuves et plus efficaces d'intervenir, et ainsi d'améliorer l'accès aux soins et au bien-être.

Avec nos meilleurs messages,

Rosemary Bryant — Présidente

David C. Benton — Directeur général

ICN • CIE • CII
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva - Switzerland - Tel.: +41 22 908 01 00
Fax: +41 22 908 01 01 - e-mail: icn@icn.ch - web: www.icn.ch

INTRODUCTION

L'accessibilité de l'information et les progrès de la science ont entraîné une nette amélioration des résultats de santé partout dans le monde. Les infirmières restent malgré tout confrontées à d'importantes difficultés, telles que la variabilité des résultats de santé, les inégalités en santé et l'inefficacité des services. Au niveau mondial, la moitié des décès pourraient être prévenus par des interventions simples et peu coûteuses. Mais, comme l'indique l'Organisation mondiale de la santé (OMS 2004), on ne sait pas encore mettre ces interventions à la disposition de toutes les personnes qui en ont besoin. Il faut donc insister non seulement sur la découverte de nouveaux produits, médicaments et outils de diagnostics, mais aussi sur la manière d'appliquer nos connaissances – autrement dit, de *combler l'écart entre les preuves et les actes*.

En tant que communauté d'infirmières, nous devons comprendre notre place au sein du continuum s'étendant de la recherche des preuves à l'action. Les rôles que nous assumons dans ce contexte sont très variés. Nous devons toutefois nous sentir suffisamment informées pour poser les bonnes questions, élargir nos compétences et travailler en collaboration étroite avec nos collègues, afin de garantir que les investissements dans la recherche sont utilisés le plus judicieusement possible. Utilisatrices de résultats de recherche, les infirmières génèrent aussi des connaissances : elles sont en effet très bien placées pour fournir des renseignements utiles concernant les contextes, les systèmes de santé, les besoins des différents groupes de populations ainsi que le rôle des facteurs sociaux et des considérations de politique locale. Cette compréhension est déterminante pour l'innovation au niveau des services locaux et pour la conception de nouvelles manières de travailler.

Nous devons nous engager pour l'instauration d'un environnement propice à la pratique et à la prise de décisions fondées sur les preuves. Pour ce faire, les équipes de recherche doivent collaborer avec les personnes qui appliqueront leurs découvertes, y compris la collectivité au sens large. Il n'est pas toujours facile de parvenir à ce résultat, pour un ensemble de raisons. Reste que, sans ces partenariats, nous continuerons de gaspiller des ressources, tandis que certains résultats de recherches prendront malheureusement de nombreuses années avant de s'imposer comme autant de pratiques optimales.

Ce paquet d'outils est conçu pour donner un aperçu des principaux aspects de ce domaine complexe. Il contient de nombreux liens vers une documentation détaillée et gratuite, que nos lecteurs pourront consulter en fonction de leurs intérêts et besoins d'apprentissage.

CHAPITRE PREMIER

Comprendre la pratique basée sur les preuves

La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies est une ambition mondiale qui exige la participation de la main-d'œuvre infirmière. Ces objectifs – comme, de fait, nombre d'autres objectifs de santé – ne seront atteints que si nous pouvons compter sur des politiques de santé cohérentes et sur des plans d'action bien conçus et bien gérés. La réalité est que les pratiques inspirées par l'habitude plutôt que par les meilleurs éléments de preuves disponibles nous empêchent encore et toujours d'atteindre nos objectifs. Les prises de décisions mal informées sont l'une des principales raisons de l'incapacité à prodiguer des services optimaux, de même qu'elles entraînent des écarts de pratique qui rendent les services moins efficients, moins efficaces et inéquitables. Pour un certain nombre de raisons, nous sommes tous contraints de dépenser nos budgets de manière judicieuse : les preuves jouent un rôle vital à cet égard.

Depuis le début des années 1990, on assiste à un passage vers une médecine fondée sur les preuves, axée sur la prise de décision médicale. Cette tendance est issue d'un groupe de chercheurs de l'Université McMaster (Ontario, Canada), qui se donnèrent pour mission de redéfinir la pratique de la médecine de telle sorte que l'information y relative puisse être collectée et exploitée plus aisément. Ces chercheurs entendaient faire passer la médecine d'une culture de l'expérience clinique vers une culture basée sur les faits médicaux, et d'une méthode caractérisée par les influences individuelles et l'enregistrement approximatif des résultats vers une démarche valorisant l'enregistrement impartial des effets et avantages pour les patients.

Cette approche a rapidement montré des avantages très concrets en termes de satisfaction des patients et de réduction des coûts. D'autres praticiens se sont bientôt associés à cette démarche, dont les principes ont, depuis, été adaptés par les acteurs de nombreux systèmes de santé, comme par exemple les usagers des services, les décideurs politiques, les gestionnaires de soins de santé et, naturellement, les infirmières. Une critique initiale de la pratique basée sur les preuves (PBP) était qu'elle suscitait la croyance que les pratiques sont déterminées en grande partie par des preuves issues de la recherche. Une telle affirmation serait problématique pour notre profession, dont la base de recherches publiées doit être encore passablement étoffée. En réalité, cette croyance est infondée : l'approche PBP a toujours admis que les décisions sont rarement basées sur les seules preuves et qu'au contraire, les jugements, les valeurs et certains facteurs individuels y ont toujours une part (Hamer & Collinson 2005).

Cependant, il est aussi vrai que si les infirmières appliquent à leur pratique une approche basée sur les preuves, elles sont davantage susceptibles de poser les bonnes questions quant à la manière et à l'opportunité de modifier leur pratique, de démontrer qu'elles basent leurs décisions sur des éléments pertinents, d'évaluer leur pratique et d'être certaines que les résultats servant à leur évaluation sont appropriés et convenus d'avance. C'est pourquoi le CII promeut et soutient la pratique basée sur les preuves dans ses publications et par l'intermédiaire de son Réseau de la recherche (CII 2010 ; www.icn.ch/networks/research-network/).

Figure 1 : Définitions

Pratique basée sur les preuves
Approche de la décision clinique basée sur la résolution des problèmes. Cette démarche exige d'abord de chercher les preuves, expertises et évaluations cliniques les plus probantes et les plus récentes, ainsi que les préférences des patients dans un contexte de soins donné.

Recherche en sciences infirmières
La recherche en soins infirmiers implique de procéder à une enquête systématique conçue pour développer, affiner et étendre les connaissances relatives aux sciences infirmières. L'intention est de répondre à des questions et de constituer des savoirs au moyen de méthodes scientifiques quantitatives, qualitatives ou les deux.

Amélioration de la qualité
L'amélioration de la qualité, de la pratique clinique ou de la performance est axée sur les systèmes, sur les processus, sur les coûts et sur la satisfaction clinique et fonctionnelle. Les projets d'amélioration de la qualité peuvent aussi permettre de mieux comprendre les pratiques optimales ou les processus de soins dans lesquels les infirmières sont impliquées. Cette démarche n'a pas pour objet la mise au point de normes de pratique infirmière ou de science infirmière.

D'après Mazurek Melnyk *et al.* (2005)

Qu'est-ce qu'une preuve ?

Le discours associé à l'approche PBP est source de confusion : il est en effet parsemé des termes savants qui, depuis toujours, empêchent les infirmières de bien comprendre. Il vaut sans doute la peine de définir ce qu'est une « preuve ». Pour Lomas *et al.* (2005), « les preuves sont des faits (réels ou présentés comme tels) destinés à étayer une conclusion ». Un fait est une chose connue par l'observation ou par l'expérience. Ceci signifie qu'il existe plusieurs sources potentielles de preuves, consistant en autant de supports, des récits traditionnels aux contenus visuels disponibles sur Internet.

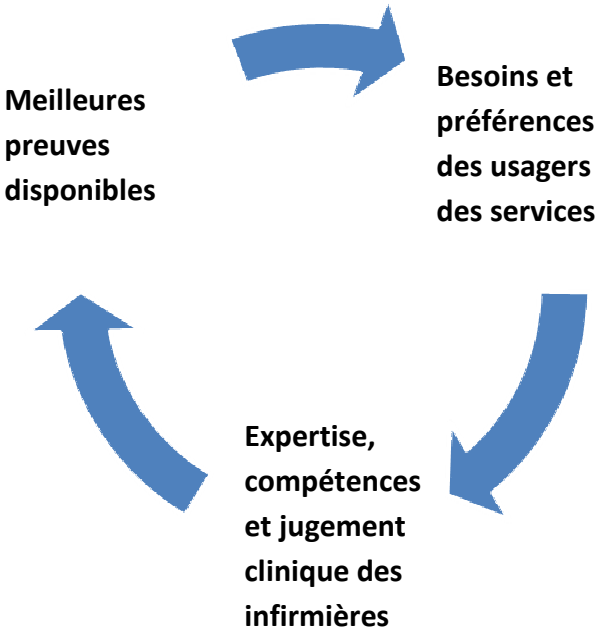
Toutes les preuves n'ont pas le même degré d'utilité. L'utilité d'une preuve est une question sujette à débat (OMS 2004). Mais, d'une manière générale, les preuves issues de la recherche – laquelle applique des méthodes systématiques pour récolter et analyser les observations – sont mieux pondérées dans les processus décisionnels. De même, la qualité d'une recherche en termes de conception et d'exécution rendra ses résultats d'autant plus utiles aux yeux des décideurs.

En portant des jugements (il en existe de toutes sortes) sur l'utilisation de preuves, il est utile de pouvoir justifier auprès de tiers la manière dont vous êtes arrivée à votre conclusion. C'est pourquoi il est bon de suivre un processus de réflexion systématique et ouvert, aisément compréhensible par autrui. Cette démarche est susceptible d'améliorer la qualité du jugement, de diminuer le risque d'erreurs et de désaccords et d'augmenter la probabilité d'application des nouvelles pratiques, étant donné que toutes les preuves dépendent du contexte (Ruland 2010). Ce processus peut aussi clarifier les besoins en termes de preuves et aider d'autres praticiens à trouver et évaluer leurs propres preuves.

Différents types de preuves seront plus ou moins adaptées aux situations. Les infirmières doivent s'engager pour que les recherches pertinentes soient identifiées (si elles existent), évaluées puis exploitées de la manière appropriée. Il est indispensable d'intégrer à ce processus la perspective du patient et du soignant, afin d'augmenter la probabilité de réussite du processus de changement.

La Figure 2 schématise les trois composantes de la pratique basée sur les preuves.

Figure 2 : Composantes de la pratique basée sur les preuves



Identifier les preuves

Plusieurs raisons expliquent que des infirmières cherchent des preuves à l'appui d'une décision qu'elles souhaiteraient prendre : justifier un changement de pratique, retenir la meilleure option dans une gamme de choix ou comparer les coûts de différentes formes de traitement. Quelle que soit la raison, la première chose à faire est de poser la bonne question.

Figure 3 : Poser une bonne question

1. Problème
2. Intervention
3. Comparaison
4. Résultat

Parfois la question est facile à définir, parce que basée sur une lacune évidente dans les

connaissances : ainsi d'un patient présentant des symptômes jamais encore rencontrés par l'infirmière qui le soigne. Moins évidents à identifier et à définir sont certains aspects pour ainsi dire routiniers de la pratique, jamais remis en cause, mais dont des commentaires d'autres praticiens ou de patients suggèrent qu'ils devraient changer : par exemple, le fait que les patients sont encouragés à prendre en charge eux-mêmes leurs maladies chroniques.

Une fois le problème identifié, il est beaucoup plus facile de passer à l'étape suivante, c'est à dire de poser les bonnes questions pour identifier de quel type de preuves vous aurez besoin pour résoudre ce problème.

Il existe plusieurs méthodes pour formuler des questions. La plupart comprennent quatre éléments (Figure 3) :

1. Le problème : le patient ou le client, la population ou la maladie auxquels vous êtes confrontée.
2. L'intervention que vous envisagez.
3. Une comparaison (élément facultatif) avec l'intervention déjà appliquée.
4. Les résultats escomptés.

La question posée, il devient possible de trouver des preuves. Certes, l'information ne manque pas – et c'est bien tout le problème (Figure 4) : les étagères des bibliothèques sont remplies de périodiques tandis qu'Internet livre des milliers de documents d'un clic de souris. Les sources de preuves sont tellement nombreuses que les infirmières, et même les patients, doivent s'efforcer consciemment de se comporter en consommateurs actifs, informés et critiques, et ne pas se sentir dépassés par la tâche au point d'y renoncer complètement. Toutes les infirmières devraient être capables de porter un jugement sur les forces et faiblesses des preuves, ainsi que sur la manière dont elles ont été trouvées, puis d'en déterminer la pertinence et, enfin, de les utiliser en appliquant leur sens critique. À cet égard, un exemple d'outil d'évaluation critique est donné en **Annexe 1**.

Figure 4: Quelques sources de preuves

- Recherches de professionnels de santé ou d'universitaires
- Recherches menées par des sociétés commerciales, par exemple pharmaceutiques
- Revue systématique de recherches et de lignes directrices cliniques
- Opinions d'experts
- Opinions de collègues
- Expérience clinique
- Expérience de patients, de soignants ou de clients
- Statistiques tirées d'audits cliniques

Tout élément de preuve a sa valeur propre, de même que les contributions de consœurs et de patients.

La recherche produit des preuves d'un genre particulier du fait des procédures qu'elle met en jeu : s'il existe de très nombreux types d'études, toutes doivent être systématiques (respect d'un protocole strict), rigoureuses et pertinentes. Dans de nombreux domaines de pratique, la méthode de recherche choisie dépendra du genre de question posée. Par exemple, on peut réaliser un « essai contrôlé randomisé » pour examiner l'efficacité d'un nouveau traitement ; par contre, une méthode qualitative (généralement : un entretien) sera nécessaire pour connaître le

sentiment du patient quant aux effets de ce traitement. On considère de plus en plus qu'une telle combinaison de méthodes est indispensable au succès de l'adoption de nouvelles pratiques. C'est pourquoi le CII (2007), dans sa prise de position sur la recherche en sciences infirmières, accorde la même importance aux méthodes de recherche qualitative et quantitative. Comme nous l'avons vu précédemment, plus nous disposons de preuves à l'appui des changements que nous souhaitons adopter, meilleures seront nos chances de succès.

Cette réalité peut se traduire en un « continuum de la preuve », comme le montre la Figure 5 :

Figure 5: Continuum de la preuve

Qualitatif					**Quantitatif**
Opinion fondée sur l'expérience	Schémas quantitatifs systématiques	Études descriptives	Enquêtes	Études de cohortes	Essais contrôlés randomisés

Indépendamment de la méthode utilisée, toutes les preuves ont leurs forces et leurs points faibles. La question fondamentale est toujours : la bonne méthode a-t-elle été retenue ? La recherche a-t-elle été réalisée de manière rigoureuse et systématique ? Pour de plus amples informations quant aux différentes méthodes de recherche, nous vous renvoyons aux liens et ressources complémentaires à la fin du paquet d'outils.

Méta-analyse
Application de techniques statistiques à des données originales issues d'études similaires pour obtenir une estimation de résultats consolidée.

Synthèse des preuves

Les infirmières à la recherche de preuves s'apercevront que se pencher sur chaque étude publiée prend beaucoup de temps et coûte très cher, et que les sources « primaires[1] » risquent en outre de donner des vues contradictoires. Il existe un ensemble de compétences spécialisées associées à la pondération de grandes quantités de preuves afin d'en tirer des recommandations. Ce travail est souvent réalisé par des universités pour le compte des services de santé. Conscients de cette difficulté et des coûts qui y sont associés, de nombreux gouvernements ont créé des unités spécialisées chargées de rédiger des lignes directrices cliniques et des revues systématiques et critiques.

[1] On appelle « sources primaires » la documentation originale non soumise à des filtres interprétatifs ou évaluatifs et sur laquelle portera l'analyse. Les sources primaires constituent en général la première manifestation formelle, concrète des résultats de recherche, dans un format imprimé ou électronique. Elles présentent une pensée à l'état brut, rapportent une découverte ou communiquent des informations. (Source : d'après Bibliothèques de l'Université du Maryland, www.lib.umd.edu/guides/primary-sources.html.)

Figure 6 : Quelques centres spécialisés

Le Centre Cochrane est une organisation internationale indépendante, à but non lucratif, fédérant plus de 28 000 contributeurs dans plus de cent pays. Sa mission est de fournir, au niveau mondial et à la demande, des informations récentes et exactes sur les effets des soins en santé. Les contributeurs collaborent à la réalisation de revues systématiques d'interventions de santé : il s'agit des revues Cochrane, disponibles sur Internet à l'adresse suivante : http://fr.cochrane.org/fr/introduction.

L'Institut Joanna Briggs est une organisation internationale de recherche et développement, à but non lucratif, basée à la Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Adelaide (Australie). L'Institut collabore avec plus de soixante-dix partenaires au plan international. L'Institut et ses centres collaborateurs œuvrent pour la synthèse, le transfert et l'exploitation de preuves en vue de l'identification de pratiques de soins de santé réalistes, appropriées, intelligentes et efficaces, afin de contribuer à l'amélioration des résultats de santé partout dans le monde. www.joannabriggs.edu.au.

Une **revue systématique** a pour objet de recenser toute la littérature publiée sur un sujet donné. Cullum (1997) indique qu'une revue systématique doit comprendre les éléments suivants :

- La formulation d'un problème ou d'une question de départ.
- La réalisation de recherches complètes pour trouver et sélectionner des études tant publiées qu'inédites.
- L'application de critères clairs pour le choix des études retenues.
- Une évaluation systématique de la qualité des recherches recensées.
- L'extraction de statistiques à partir des études originales et, si possible, une synthèse statistique.
- L'analyse et la présentation des résultats.

Les **revues critiques** portant sur plusieurs études permettent de synthétiser les preuves relatives à un champ donné.

Les **lignes directrices cliniques** rassemblent les meilleures preuves disponibles, idéalement au terme d'une démarche transparente et rigoureuse. Sur cette base, elles proposent aux professionnels des indications pratiques. Les lignes directrices ont pris de plus en plus d'importance en tant que sources de preuves à l'usage des infirmières. Elles peuvent être utilisées pour évaluer l'efficacité des actes infirmiers. Les lignes directrices sont produites par des organisations publiques, des associations nationales d'infirmières (ANI), des revues professionnelles et des groupes d'intérêts sectoriels, comme par exemple des groupes de défense des patients.

On peut aussi préparer des lignes directrices locales. Il est évident que seules les lignes directrices bien conçues sont réellement utiles. D'autre part, les lignes directrices sont, de par leur nature, particulièrement susceptibles d'influencer la pratique : c'est pourquoi les infirmières doivent parfaitement comprendre la manière dont les elles ont été préparées, notamment sous l'angle de la pondération des différents éléments de preuves.

Les **chemins cliniques** décrivent les interventions et les résultats qu'un patient s'attend à suivre et obtenir lors du traitement pour une maladie spécifique. Les preuves sont alors utilisées pour décrire de manière précise le déroulement du traitement ou le parcours vers le rétablissement que l'on entend suivre. Les interventions et leur séquence sont ici clairement recensées : les praticiens doivent s'interroger sur l'opportunité de s'écarter du chemin prescrit. Il est possible de faire participer les patients à tous les aspects de la conception des chemins cliniques.

Cette approche est propice à l'application d'une approche basée sur les preuves du renforcement des services. L'application de chemins cliniques permet aussi de mettre en évidence les lacunes dans les preuves disponibles, et ainsi donner une idée des priorités qui devront être celles de prochaines recherches. Voici un exemple de cette approche, portant sur les soins aux patients atteints d'une fracture du col du fémur : www.institute.nhs.uk/images/documents/Quality_and_value/Focus_On/DVQ_path_fracturefemurPROOF_Nov.pdf.

CHAPITRE 2

Sources de preuves

À la recherche des preuves

La disponibilité accrue de l'information complique la recherche de preuves plutôt qu'elle ne la facilite. Les infirmières doivent aussi connaître leurs préférences en matière d'apprentissage : ces préférences déterminent non seulement les processus pédagogiques mais aussi leurs comportements en matière de recherche d'informations.

La pratique clinique repose sur le processus suivant : identification du problème, formulation d'hypothèses, mise à l'épreuve et solution du problème. Les infirmières peuvent adapter ce processus au traitement et au transfert de l'information. Browne (1997) décrit à cet égard les étapes suivantes : génération d'une idée, formulation d'une question, analyse, interprétation, évaluation, organisation, synthèse, reformulation, diffusion et récupération. Comme dans le cas de la pratique clinique, ces étapes ne sont pas des événements distincts les uns des autres : l'infirmière engagée dans la recherche étant en situation d'apprentissage permanent, le processus ne cesse d'évoluer.

Le **biais de confirmation** correspond à la tendance à privilégier les informations qui confirment des idées ou hypothèses préconçues, indépendamment de la véracité de ces informations. En conséquence, les preuves sont rassemblées puis extraites de la mémoire de manière sélective, leur interprétation étant ainsi biaisée. Le biais se manifeste en particulier s'agissant de questions relevant de l'affectif et de croyances solidement ancrées.

L'une des premières étapes de la recherche de preuves consiste à identifier les sources d'information accessibles aux infirmières. Par le passé, les infirmières se fiaient dans une très grande mesure à la tradition orale. La majorité des pratiques se transmettaient – et se transmettront encore – de cette manière. Cependant, la profession infirmière a évolué, en tant que discipline, pour s'inscrire de manière désormais affirmée au sein de l'équipe multidisciplinaire. Cette évolution s'accompagne d'un recours accru aux livres, périodiques et bibliothèques spécialisées. La progression d'une culture basée sur les preuves et la tendance à la diffusion d'informations liées à l'efficacité et l'efficience cliniques ont entraîné des progrès très importants en termes d'accès.

Grâce à l'apparition, sur Internet, de moteurs de recherche très perfectionnés, il est désormais possible de lancer des requêtes simultanées dans plusieurs sources d'informations. Ces outils contribuent à réduire la masse de preuves au sein de laquelle les infirmières devront faire des choix.

Pour la plupart de leurs recherches, les infirmières pourront faire appel :

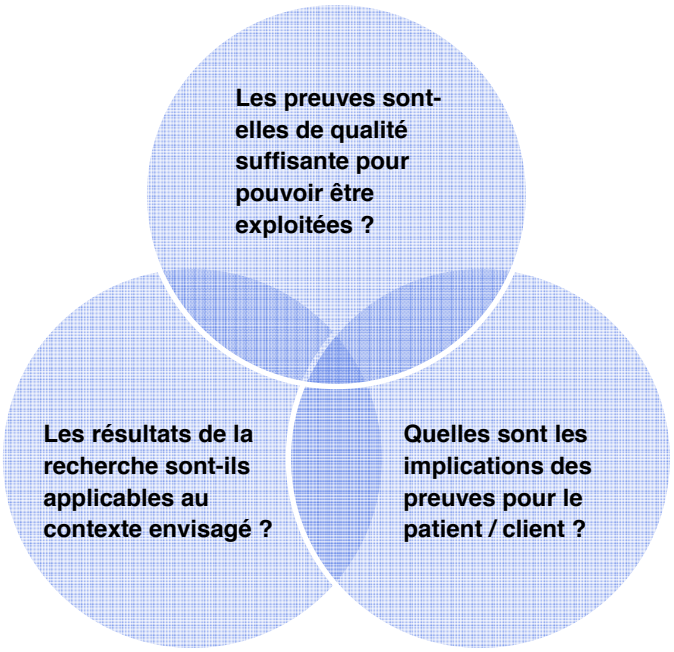
- Aux organisations spécialisées dans la synthèse – sous diverses formes – de résultats de recherches.
- Aux publications spécialisées relevant de leur propre domaine.
- Aux bases de données spécialisées.
- À Internet.

Cependant, les infirmières doivent avoir les compétences pour utiliser efficacement ces sources d'information, même si ces dernières sont de plus en plus conviviales. De nombreux programmes de formation et de recherche destinés aux infirmières intègrent désormais un enseignement aux techniques de recherche, la compétence étant susceptible de déterminer fortement le degré de succès dans ce domaine. Une bonne stratégie impose de commencer par chercher autant de références que possible puis de définir plus précisément l'exigence. La difficulté consiste ensuite à rechercher, au sein d'un ensemble de références mieux circonscrit, des preuves de bonne qualité. Pour comprendre cet aspect de la recherche, consultez les ressources complémentaires listées en fin de document. Elles vous seront utiles, ainsi qu'à vos collègues.

Les preuves sont-elles de qualité suffisante pour être utilisées ?

Après avoir identifié les preuves, l'infirmière doit évaluer dans quelle mesure un changement de pratique se justifie. Il peut arriver que la question n'ait pas trouvé de réponse pleinement satisfaisante ou que les preuves ne soient pas assez convaincantes pour que l'infirmière se sente libre d'agir. Ce processus est souvent qualifié d'évaluation critique. Dans le cadre de la pratique basée sur les preuves, il renvoie à l'évaluation du mérite théorique de la preuve et du contexte au sein duquel elle sera appliquée. L'évaluation critique revêt trois aspects qui doivent être abordés simultanément – les réponses aux questions relatives à l'un d'entre de ces aspects peuvent avoir des conséquences sur un autre.

Figure 7 : Les trois aspects de l'évaluation critique



Nous avons mentionné à plusieurs reprises la question de l'**évaluation de la qualité** d'une étude, démarche dont un exemple figure en **Annexe 1**. Notre paquet d'outils propose également une gamme d'outils d'apprentissage sur Internet.

Il vaut la peine de relever que les chercheurs eux-mêmes se chargent de plus en plus souvent d'aider les personnes souhaitant appliquer leurs travaux, afin d'en faciliter l'adoption. Ils soulignent généralement les limites de leurs recherches (aucune étude n'étant parfaite) et émettent des suggestions quant à leur application potentielle. De plus en plus souvent, ainsi que le recommande la recherche sur la diffusion des connaissances, ces chercheurs situent leurs travaux dans le contexte de leur propre domaine d'enquête, ce qui peut aider à en comprendre la portée.

Pour **évaluer dans quelle mesure les résultats de la recherche sont applicables** à la pratique locale, l'infirmière devra se poser plusieurs questions. Il est hautement improbable que tel contexte décrit dans une recherche sera identique à tel autre : par définition, le *contexte* est toujours unique. L'infirmière doit prendre en compte les facteurs suivants :

- Les personnes interrogées dans le cadre de l'étude présentent-elles des caractéristiques similaires à celles des personnes concernées ?
- Est-il possible d'appliquer l'intervention décrite dans l'étude ?
- Quelles sont les implications financières ?
- Faut-il tenir compte de l'acceptabilité par le patient ?

L'évaluation des conséquences pour le personnel et pour les patients peut constituer un aspect décisif du processus décisionnel. Il est parfois difficile d'évaluer les répercussions des preuves sur les patients pris individuellement : les résultats de recherche sont généralement exprimés sous forme de probabilité ou en tant qu'expression de la probabilité qu'une intervention ait été le fruit du hasard. On peut cependant calculer la pertinence de résultats de recherche au plan clinique.

Le critère de « pertinence clinique » répond à la question « quelle est l'efficacité de l'intervention ou du traitement », autrement dit : quel est le degré de changement induit par le traitement ? En termes de test de traitements cliniques, le critère de pertinence pratique donne, dans l'idéal, des renseignements détaillés et quantifiés sur l'importance d'un résultat de recherche, au moyen d'indicateurs tels que l'effet de taille ou le nombre de sujets à traiter. Le critère de pertinence pratique contient parfois une évaluation semi-quantitative ou comparative de l'utilité de la preuve, ainsi que de sa faisabilité.

Dans une certaine mesure, le processus décrit ci-dessus est de nature entièrement préparatoire et axé sur les sources de preuves. À ce stade, vous et vos collègues devrez poser un jugement : faut-il passer à l'action ? Vous estimez-vous prêtes à mettre les preuves en pratique ?

Figure 8: Évaluer la pertinence d'une étude

Quel est l'objet de l'étude ?

Qui sont les participants de l'étude (âge, sexe, situation sociale, activité professionnelle) ?

En quoi nos patients et notre contexte diffèrent-ils de ceux présentés dans l'étude ?

Où l'étude a-t-elle été réalisée (institution, pays) ?

Quels sont les avantages du changement décrit ?

Quels sont les coûts (financiers et autres) du changement ?

Les changements proposés sont-ils compatibles avec les valeurs et préférences de notre personnel et de nos patients ?

(D'après Pettigrew & Roberts 2005).

CHAPITRE 3

Des preuves aux actes

Des preuves aux actes

De par sa nature même, la pratique basée sur les preuves repose sur l'observation du monde réel et sur une méthodologie très concrète. Cela signifie, nous l'avons déjà relevé, que cette pratique peut être rapidement appliquée au contexte clinique. Souvent, il s'agira de faire sortir l'information, de changer les comportements et de modifier des directives, plutôt que d'introduire un nouveau traitement ou un nouvel équipement. Le fait de modifier un élément du système de soins de santé exige cependant une réflexion et une planification rigoureuses : la décision individuelle d'une infirmière de changer une pratique peut entraîner rapidement des conséquences pour les collègues et les patients (Figure 9).

Le simple fait de modifier les pratiques de lavage des mains peut avoir des répercussions sur d'autres professionnels de santé et sur le personnel de soutien, en termes de disponibilité de produit de nettoyage – sans oublier l'emplacement des lavabos.

Figure 9 : Les meilleurs soins s'expliquent par la pratique basée sur les preuves

Les praticiens de santé savent qu'il leur faut éviter à tout prix d'infecter leurs patients. C'est pourquoi Joyce Maygers (MSN, RN), au moment de choisir un sujet de recherche, s'est intéressée aux infections de la voie urinaire (IVU), dont les statistiques montrent qu'elles sont fréquentes chez les patients victimes d'accident vasculaire cérébral (AVC), mais sans que l'on sache comment les prévenir. Il est apparu que les sondes urinaires souvent posées sur ces patients sont en grande partie responsable des IVU. Du fait de son expérience clinique et de sa compétence en matière d'analyse des résultats de soins, Mme Maygers subodorait qu'il devait exister une réponse simple à ce problème : peut-être fallait-il s'abstenir de poser systématiquement un cathéter ou éviter de le laisser trop longtemps. Après quelques recherches sur les raisons médicales expliquant la pose systématique d'un cathéter à des patients victimes d'AVC, Mme Maygers s'aperçut qu'aucun indicateur clinique ne justifiait la pratique routinière d'une telle intervention.

Pendant une année, Mme Maygers a collaboré avec les médecins, infirmières et autres personnels soignants du Centre médical Bayview de l'Université Johns Hopkins pour déterminer si la pose du cathéter était vraiment indispensable. Elle fit adopter des modifications dans le traitement des patients victimes d'AVC et dans la manière de prévenir les IVU. Elle espérait, au départ, obtenir une diminution de 10 % des poses de sondes. Ses attentes sont largement dépassées : les patients du centre de traitement des AVC de Bayview subissent désormais 20 % en moins de journées avec cathéter, tandis que les suites positives de sa démarche – baisse des cas d'IVU et baisse du taux de réadmission de patients victimes d'AVC pour ce même motif – sont tellement évidentes que le processus est en voie de généralisation à tout le centre médical.

Source : *John Hopkins Nursing Magazine*, printemps 2010, Vol. VIII, n°1. http://web.jhu.edu/jhnmagazine/spring2010/features/making_research_relevant.

L'adoption d'une nouvelle manière de prodiguer les services a donc, au niveau organisationnel ou politique, des effets en termes de ressources qu'il faut soigneusement peser. Nous avons trop d'exemples de gaspillage de ressources des suites de l'échec d'initiatives en vue du changement, sans parler du risque de perte des ressources disponibles. Ce problème risque d'introduire l'incohérence et l'incertitude dans nos services.

Le changement est rarement facile, car il met en cause le comportement des personnes et des systèmes. Le changement est souvent compliqué et grand consommateur de temps ; ses résultats sont imprévisibles. Mais le changement peut, tout aussi bien, se révéler passionnant et motivant. Il importe de bien comprendre et préparer la manière d'acter les connaissances, autrement dit de traduire les preuves dans la pratique. Cette démarche, vu son importance, a fait l'objet de nombreuses recherches. Les expressions « mobilisation des connaissances » ou « transmission des connaissances » désignent parfois le fait de comprendre comment des idées (ou des innovations) sont adoptées et diffusées. On considère actuellement que « l'innovation dans les services » est une réponse simple à des problèmes complexes. Mais, comme nous l'avons vu précédemment, il faut être prudent avec cette notion et y appliquer les mêmes compétences de PBP.

Un bon exemple d'approche basée sur les preuves de l'innovation des services est celle choisie par le CII en matière de prévention de la tuberculose. La méthodologie de formation retenue par le CII favorise l'éducation entre pairs et une approche concrète, axée sur la résolution de problèmes tenant compte des environnements de travail des infirmières. À ce jour, plus de 1100 infirmières exerçant dans des pays à forte incidence de TB et de TB-MR ont suivi la « formation de formateurs » organisée par le CII. Ces infirmières ont, à leur tour, participé à la formation de 28 000 autres infirmières et auxiliaires de santé. Les réactions des participants montrent que la méthode d'enseignement appliquée par le CII entraîne une amélioration de l'attitude envers les patients, une diminution des abandons, une meilleure détection des cas et une plus grande sécurité au travail. (Le cours est disponible à l'adresse suivante : www.icn.ch/projects/tb-online-learning-resources/.)

Un autre exemple nous vient du Botswana. Le Centre collaborateur OMS du département des sciences infirmières de l'Université du Botswana a appliqué une série d'initiatives fondées sur la PBP, notamment une approche du renforcement de l'action au niveau communautaire et des recherches-action ayant abouti à la création de comités de santé chargés de prodiguer, au niveau communautaire, des soins aux patients atteints de maladies chroniques. Cette démarche répondait à la forte incidence du VIH/sida dans le pays. Elle a entraîné le passage des soins en environnements institutionnels vers une prise en charge par des structures communautaires (Tlou 2006). Elle a eu pour effets de meilleurs résultats de soins et une participation communautaire renforcée.

Une approche PBP a été utilisée par des infirmières d'un hôpital du centre des États-Unis pour l'adoption d'une procédure de vérification du placement de sondes naso-gastriques chez des patients en soins pédiatriques et néonatals. Dans de nombreux établissements, les personnels vérifient encore le placement de ces sondes par auscultation épigastrique après insufflation d'air, en dépit de recherches datant des années 1980 remettant en cause cette approche. La radiographie est la seule manière sûre de vérifier la bonne position des sondes, mais il serait peu pratique et coûteux de pratiquer cet acte avant chaque épisode d'alimentation. Il fallait donc trouver d'autres méthodes applicables au pied du lit. Les infirmières

firent adopter une pratique basée sur les preuves définissant la pratique infirmière et minimisant le risque de mauvais placement des sondes. L'évaluation du projet a montré une diminution (de 93,3 % à 46,2 %) du recours à la méthode par auscultation et le recours accru à d'autres méthodes, plus fiables, de contrôle de la position des sondes naso-gastriques (Farrington *et al.* 2009).

Figure 10 : En Australie, une approche fondée sur les preuves pour améliorer les soins infirmiers aux patients victimes d'AVC

Les infirmières du service des urgences d'un hôpital du nord de Melbourne (Australie) ont modifié leur pratique afin d'améliorer les soins prodigués aux patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), en appliquant des preuves relatives à la prévention des complications précoces. Contrôlée par des procédures prétest / post-test, leur démarche était basée sur une directive pour la prise en charge des AVC par les infirmières des services d'urgences. Les données statistiques furent récoltées au moyen d'une analyse de dossiers médicaux. L'intervention objet de l'étude était une directive pour la gestion d'urgence des AVC, dont l'application était étayée par des tutoriels.

Les principaux indicateurs de réussite furent mesurés avant et après l'application de la directive : catégories de triage, temps d'attente, temps passé dans le service d'urgences, attente avant l'examen par un spécialiste, évaluation et surveillance des signes vitaux, évaluation des risques de thromboembolie veineuse, de présence de sucre dans le sang et d'ulcère de pression, et interventions le cas échéant.

Les résultats ont montré une amélioration importante au niveau des décisions de triage et de la périodicité des évaluations de la fréquence respiratoire, du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de la saturation en oxygène. En termes de gestion du risque, on a constaté des améliorations notables dans les domaines suivants : documentation, documentation des interventions pour ulcères de pression et évaluation de la déglutition avant la prise de médicaments oraux. La longueur de l'évaluation des troubles du langage en salle d'urgences a augmenté de manière non significative, tandis qu'on a enregistré une diminution de 93,5 minutes du temps d'attente avant la réalisation de cette évaluation.

Source : Considine & McGillivray (2010).

Un projet de recherche (Figure 11) consacré à la traduction de connaissances dans la pratique a permis de produire le cadre utile détaillé en **Annexe 2**. Tout en illustrant la complexité du transfert de connaissances, ce cadre montre qu'une gestion proactive de ce processus augmente la probabilité de succès d'un projet de changement.

Figure 11 : Proposition de structuration de la transmission de connaissances

La transmission des connaissances est un processus généralement non-linéaire : il s'agit d'un mécanisme social complexe consistant en une série d'interactions et de liens entre les producteurs d'une recherche et ses utilisateurs (McWilliam *et al.* 2009 ; Kitson *et al.* 2008). Par contre, la planification, la réalisation et l'évaluation de la transmission des connaissances doivent reposer sur un cadre rationnel. Des chercheurs de l'Institut des sciences de santé de Leeds (Royaume-Uni) ont mis au point un cadre régissant le processus de transmission des connaissances, sur la base d'une analyse thématique de vingt-huit modèles existants (Ward *et al.* 2009) et des preuves récoltées sur le terrain. Le cadre contient cinq éléments qui semblent jouer un rôle déterminant dans la planification et la réalisation de la transmission des connaissances ; il décrit en outre des activités associées à chacun de ces éléments. Le modèle montre, de plus, que les éléments sont interdépendants, qu'ils peuvent agir seuls ou en parallèle et que leur intensité respective fluctue tout au long du processus de transmission des connaissances. Voir **Annexe 2**.

Source : Ward *et al.* (2010)

Ce cadre aide les infirmières, les gestionnaires et les chercheurs à collaborer en vue d'une meilleure compréhension du changement qu'ils envisagent.

Importance du contexte et de la culture

Tous les modèles d'introduction du changement soulignent l'importance du contexte et de la culture. Trop souvent, malgré l'existence de preuves bien présentées et convaincantes, les circonstances s'opposent au progrès (voir Figure 12). On peut isoler et évaluer un certain nombre de facteurs propices au changement et à sa probabilité de succès :

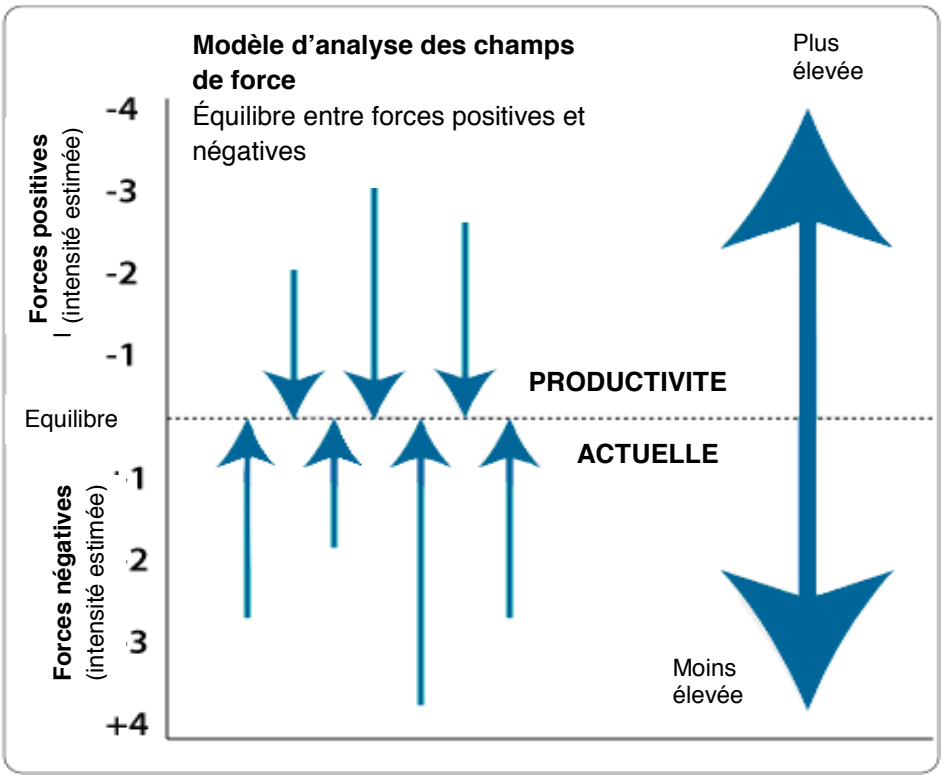
- **Politiques :** décisions politiques, action du gouvernement, résultats des élections.
- **Économiques :** aspects financiers et relatifs à l'offre et à la demande.
- **Sociaux :** réactions du public, acceptation.
- **Technologiques :** mise au point de nouveaux matériels, systèmes d'information ou tests.
- **Juridiques :** aspects législatifs ou liés au droit du contrat.
- **Éthiques :** normes professionnelles, problèmes d'accès.

Après avoir évalué la culture et le contexte, on s'efforcera de susciter une culture propice au changement attendu. Les facteurs clés sont, d'abord, la préparation minutieuse des personnes chargées de conduire le changement, de manière à ce qu'elles aient une connaissance parfaite des conditions locales ; ensuite, une communication efficace avec toutes les personnes affectées tout au long du processus de changement (Dunning *et al.* 1998).

Une technique potentiellement utile est celle de l'analyse des champs de force. Il s'agit d'une technique de management mise au point par Kurt Lewin (1997), un pionnier du domaine des sciences sociales, pour le diagnostic des situations. Cette approche vous aidera non seulement à identifier quels problèmes, personnes ou choses risquent de vous empêcher de concrétiser vos projets d'amélioration, mais aussi à trouver des alliés dans votre démarche. Pour que cette dernière aboutisse, vous devrez effectivement agir sur l'une ou l'autre des forces que vous aurez identifiées. La méthode peut aussi servir à surmonter des réticences au changement dans le cadre d'équipes de projets. Lewin part du principe que, dans toute situation, on se trouve en présence de certaines forces favorisant un projet de changement et d'autres exerçant, au contraire, un effet de frein.

Les forces positives sont celles qui poussent dans une certaine direction, qui tendent à donner l'impulsion au changement et à entretenir cette impulsion. Les forces négatives exercent un effet inhibiteur sur les forces positives. L'équilibre est atteint quand la somme des forces positives est égale à la somme des forces négatives.

Figure 12 : Analyse du champ de forces (Lewin 1997)



Quelques forces à prendre en compte :

- Les ressources disponibles.
- Les traditions.
- Les intérêts particuliers.
- Les structures organisationnelles.
- Les relations établies.
- Les tendances sociales ou organisationnelles.
- Les attitudes.
- La réglementation.
- Certains besoins individuels ou collectifs.
- Certaines pratiques, actuelles ou passées.
- Les normes ou politiques institutionnelles.
- Les autres institutions.
- Les valeurs.
- Les désirs.
- Les coûts.
- Certaines personnes.
- Certains événements.

Après avoir identifié les facteurs favorables ou opposés à votre projet ou aux changements que vous planifiez, vous appliquerez cette connaissance au pilotage de votre projet. Posez-vous la question suivante : « Que pouvons-nous faire, et qu'allons-nous faire, pour traiter ces facteurs favorables ou, au contraire, opposés à notre projet ou aux changements que nous entendons faire adopter? »

Pour être propice à l'amélioration de la pratique, l'environnement clinique doit valoriser l'expression des idées, des innovations et des éléments de preuve. La réalité, nous l'avons vu, est que l'environnement clinique lui-même peut constituer l'un des principaux obstacles au changement. Pour changer la pratique, il faut pouvoir compter sur des praticiens confiants et soutenus, étant donné qu'en fin de compte, ce sont eux qui devront répondre de leurs actes. Ils doivent être capables de concrétiser le changement, et donc acquérir des compétences en négociation, en vente, en recherche du consensus et, bien entendu, en prise de risque. En outre, le changement étant un processus lent, ils doivent bénéficier d'une aide et d'un encadrement sur des périodes longues. Une équipe soignante engagée en faveur de la PBP partagera volontiers ses connaissances avec des tiers et assumera un rôle d'enseignant auprès d'eux : ce facteur peut constituer une motivation supplémentaire.

Il existe de nombreuses manières très concrètes de promouvoir la pratique basée sur les preuves. On peut les regrouper schématiquement de la manière suivante :

- **Création de partenariats** : rassembler des personnes, groupes et équipes autour d'une vision et d'un objectif communs.
- **Faire appel à des agents du changement** : identifier et engager la participation des personnes les mieux à même de contribuer au changement. Ces personnes doivent être respectées par les personnes que vous voulez influencer.
- **Partager et diffuser l'information** par le biais de différents médias ciblant des audiences spécifiques : rédiger des brochures, recourir aux jeux de rôles, utiliser les plateformes de médias sociaux.
- **Activités pédagogiques et de formation** : modules de formation permanente, systèmes d'aide à la décision, coaching individualisé, cyberapprentissage, simulations.
- **Normalisation de la pratique** : chemins de soins, audits cliniques, rapports sur les écarts, listes de contrôle et lignes directrices.

Vous n'aurez probablement pas recours à toutes ces interventions ; par contre, votre succès dépend certainement du « panachage » de plusieurs d'entre elles. Notez que toutes ces interventions ont un coût, dont vous devrez tenir compte dans la phase de conception de votre projet (voir un exemple en Figure 13).

Après avoir déterminé ce qu'il faut changer et comment procéder, il est utile de définir un ensemble de cibles et mesures de contrôle. Les cibles doivent être « **SMART** » (*intelligentes*, en anglais) :

Spécifiques : les cibles doivent porter sur des résultats spécifiques et exposés en détail, plutôt que sur des déclarations générales ou vagues.

Mesurables : il faut pouvoir quantifier dans quelle mesure un changement est mesurable.

Atteignables : les cibles doivent être réalisables et réalistes.

Réalistes : les cibles doivent faire sens dans le contexte de l'objectif général du projet.

Temporellement définies : les cibles doivent fixer des échéanciers clairs.

Prendre le temps d'apprendre : réfléchir à sa pratique

Nous avons présenté plusieurs approches organisationnelles de la modification de la pratique. Toutes dépendent de la capacité des personnes concernées (infirmières ou patients) de déterminer ce qu'elles veulent et de s'engager ou non pour le changement. Ce dernier peut être envisagé comme un processus permanent d'apprentissage. En usant d'une approche systématique de la réflexion, les praticiens peuvent comprendre le sens et l'importance de leur pratique. Cette « pratique réflexive » est aujourd'hui considérée comme un élément clé de la pratique professionnelle. Les techniques de pratique réflexive sont enseignées par de nombreux programmes de formation. Dans les milieux de pratique chargés, il faudra cependant dégager les plages de temps nécessaires à la mise en œuvre de cette démarche. (Voir **Annexe 2**.)

« La hiérarchisation des preuves qui donne la première place aux essais contrôlés randomisés risque, en réalité, d'empêcher le recours au traitement le plus efficace, du fait de limites et contradictions de nature pratique, politique ou idéologique et épistémologique. En outre, la pratique fondée sur les preuves semble reposer sur les mêmes définitions, objectifs et procédures que la pratique réflexive. C'est la raison pour laquelle le mouvement en faveur de la pratique fondée sur les preuves aurait davantage à gagner d'une réflexion sur la pratique que d'une hiérarchisation des preuves » (Mantzoukas 2007).

La réflexion entre pairs (par le biais de groupes d'apprentissage par l'action) peut s'avérer particulièrement utile au moment d'introduire des modifications dans la pratique. Ces groupes doivent toutefois être encadrés et soutenus. Il faut ainsi ménager des plages de temps légitimées hors du champ clinique, pendant lesquelles l'activité des groupes se déroule en toute quiétude ; susciter un haut niveau de confiance et de confidentialité entre membres des groupes ; et assurer un encadrement propice à l'instauration d'un environnement créatif et stimulant qui permette aux groupes de progresser. La production de plans d'action est aussi utile.

Le réseautage joue un rôle important dans le partage et la diffusion de la pratique basée sur les preuves. Lomas (2007), passant en revue l'adoption de preuves par le système de santé néozélandais, souligne l'importance fondamentale des réseaux.

Les réseaux jouent en effet un rôle important en permettant aux infirmières, qui forment un groupe professionnel complexe et étendu, de partager leurs connaissances. Dans les périodes de tension, on considère souvent que ces réseaux (formels et informels) n'apportent qu'une faible valeur ajoutée et sont donc peu importants. Or, pour Mc Sherry et Warr (2008), les réseaux – ou : cadres de partage et diffusion de l'information – sont au contraire la condition de l'excellence :

- En assurant un soutien aux personnes, équipes et organisations qui visent l'innovation et le changement.
- En permettant à leurs membres de se sonder mutuellement et de partager des idées.

- En constituant un cadre de soutien au développement professionnel et individuel.
- En créant un système efficace de collaboration et de communication autour du changement.
- En encourageant et en amenant le personnel à se familiariser avec l'innovation et le changement.
- En partageant et diffusant des connaissances avancées et des évaluations d'innovations et de changements de pratique.
- En diminuant le stress professionnel et en améliorant la confiance en soi des personnels.

Vous trouverez, dans l'annexe consacrée aux lectures complémentaires, un excellent exemple de la manière dont une équipe soignante a appliqué ces approches (article de Gallagher Ford [2011]).

Le changement entraîne parfois des économies. Mais il faudra, dans certains cas, organiser le financement de la transition, les nouveaux systèmes devant cohabiter un certain temps avec les anciens systèmes. De même, il sera peut-être nécessaire de trouver un financement pour éliminer certains des facteurs négatifs identifiés antérieurement.

Après avoir réfléchi à la manière d'instaurer un environnement propice à l'épanouissement de la pratique basée sur les preuves, nous devons étudier les implications générales de la PBP en termes de ressources du système de santé. De fait, la réalisation de progrès dans la pratique dépend souvent du partage de ressources limitées. Il faudra donc développer des argumentaires solides en faveur du changement : c'est le sujet du chapitre suivant.

Figure 13 : Exemple d'intervention PBP au niveau local

Contexte : l'amélioration des comportements des patients diabétiques (hospitalisés ou ambulatoires) relativement aux soins du pied est l'une des stratégies les plus efficaces pour empêcher les ulcères du pied diabétique et leurs conséquences fâcheuses.

Objectifs : recenser les connaissances et comportements des patients diabétiques hospitalisés s'agissant des soins du pied ; appliquer un certain nombre de preuves permettant d'améliorer ces connaissances et comportements ; évaluer l'efficacité de cette démarche.

Conception / méthodologie : études de cas, entretiens avant et après le test.

Lieu : service chirurgical d'un hôpital universitaire, Thaïlande.

Participants : quatre patients diabétiques traités depuis trois jours au moins.

Intervention / méthode : programme pédagogique basé sur les besoins des patients en termes d'apprentissage ; distribution d'une brochure sur les soins du pied ; patients aidés à définir leurs propres objectifs et plan d'action. Au troisième jour du traitement, les connaissances des patients, leurs objectifs et plans d'action en matière de soins du pied sont évalués.

Principaux indicateurs de résultats : connaissances des patients, objectifs et plans d'action pour améliorer les comportements en matière de soins du pied.

Principaux résultats : tous les patients avaient besoin d'améliorer leurs comportements en matière de soins du pied. Le programme pédagogique combinant sélection d'objectifs et plan d'action a permis aux patients hospitalisés d'améliorer leurs connaissances et leurs comportements en matière de soins du pied.

Conclusions : la méthode s'est avérée simple, sûre et apparemment applicable à tous les patients diabétiques hospitalisés. L'étude a produit des informations précieuses pour améliorer les connaissances et comportements des patients diabétiques en matière de soins du pied. Les auteurs recommandent aux infirmières de se servir de cette pratique basée sur les preuves pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients diabétiques.

Source : Kurniawan & Petpichetchian (2011).

CHAPITRE 4

Plaider pour le changement

Évaluer le changement de pratique

Les systèmes de santé sont toujours sous la pression du manque de moyens et contraints d'utiliser les ressources à leur disposition de la manière la plus rationnelle possible. Jusqu'à une date récente, le domaine de la PBP insistait surtout sur l'efficacité des interventions, la question fondamentale étant : « la nouvelle manière de faire donne-t-elle de bons résultats ? » Mais il ne suffit pas de disposer de preuves solides à l'appui du changement : le fait qu'il est convaincant ne signifie pas qu'il est abordable, d'autant que son succès dépendra peut-être de la mobilisation d'autres ressources.

« Les pays en voie de développement disposent de ressources limitées, ils doivent donc investir dans des soins de santé efficaces. En Occident, le bien-fondé de la pratique basée sur les preuves est établi depuis longtemps. Or, cette démarche est pour ainsi dire inaccessible aux professionnels de santé à l'œuvre auprès des communautés défavorisées des pays à revenu faible, vu les difficultés d'accès à l'information. L'accès aux services de santé dans les pays en voie de développement est entravé par d'autres obstacles d'ordre économique, social et politique, tandis que le secteur de la santé y est souvent relégué au second plan au profit des dépenses militaires. Enfin, il arrive que les fonds affectés ne soient pas intégralement dépensés du fait d'une mauvaise gestion et de complications administratives. Dans un tel contexte, compte tenu de ces problèmes, il faut absolument que des investissements soient consentis dans des interventions et actes de santé réalistes, appropriés, significatifs et rentables » (Pearson & Jordan 2010).

On recense déjà davantage d'interventions à l'efficacité prouvée qu'il est possible de financer. Comme nous l'avons vu, la nécessité de poser des jugements intervient à plusieurs moments : dans le choix des preuves, dans la manière de les interpréter, dans le degré de confiance à accorder aux résultats de recherches. Plus important, il nous faut décider si les résultats escomptés sont assez importants pour justifier une modification de la pratique en vigueur et, donc, la consommation de ressources qui pourraient être affectées à d'autres dépenses. Vous serez probablement contrainte d'entrer en compétition pour l'accès à certaines ressources et par conséquent de justifier pourquoi vous entendez modifier telle ou telle pratique, et de chiffrer les coûts de cette démarche. Vous devrez défendre votre proposition d'un point de vue commercial ou économique. (Voir un modèle commercial / économique dans l'**Annexe 3**.)

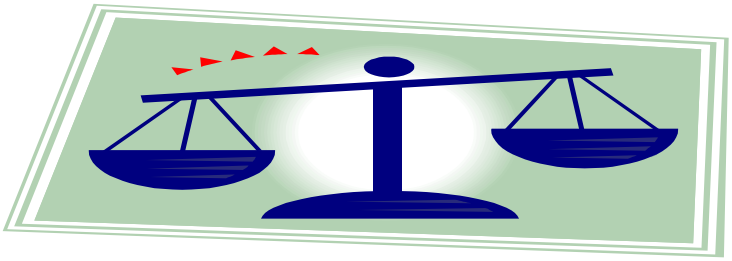
Les infirmières doivent se sentir suffisamment sûres d'elles pour quantifier, selon plusieurs points de vue, les résultats de la nouvelle intervention qu'elles préconisent. Souvent, l'introduction d'une nouvelle manière de prodiguer un service correspondra à la nécessité de mettre un terme à une autre pratique : le coût y relatif devra figurer dans la proposition de projet. Il est clair que le changement a peu de chance d'aboutir si les coûts et risques qui y sont associés sont perçus comme étant trop élevés par n'importe lequel des partenaires les plus directement concernés, y compris les patients et leurs soignants.

Les questions suivantes vous aideront à préparer un argumentaire détaillé :

1. Quelles options sont-elles comparées ?
2. Quels sont les principaux résultats potentiels de ces options ?
3. Quel sera leur impact potentiel ?
4. Une analyse économique formelle facilitera-t-elle la décision ?
5. Quels sont les risques induits par le changement ?
6. La capacité d'appliquer le changement et de renforcer le système existe-t-elle ?
7. Dans quelle mesure l'encadrement est-il prêt à appuyer le changement ?

Il pourrait s'avérer utile, en répondant à ces questions, d'envisager le processus comme une évaluation de toutes les options qui devront être équilibrées, pour parvenir à une solution optimale. La Figure 14 montre qu'en étudiant l'opportunité d'introduire un nouveau service de santé publique, vous devrez analyser à tout le moins les questions relatives à l'accès, à l'équité et à l'utilisation des ressources et des services.

Figure 14: Évaluation des options : facteurs à prendre en compte



Avantages	**Inconvénients**
Accès facilité	Accès compliqué
Moins d'inégalités	Davantage d'inégalités
Économies	Coûts
Utilisation plus rationnelle des services	Utilisation moins rationnelle des services

Les réponses à ces questions vous permettront de commencer à organiser votre pensée, de structurer les preuves et d'établir un bilan exposant très clairement les avantages et inconvénients de votre proposition. Le but de cette approche est de concentrer l'équipe sur les décisions clés qui devront être prises et sur les résultats

attendus les plus importants – ce qui facilitera, de plus, l'évaluation subséquente (Oxman *et al.* 2010).

Il est utile de définir une série d'indicateurs permettant de juger du succès de l'introduction d'une modification de la pratique. Ces indicateurs devraient être facilement quantifiables, de manière à pouvoir être présentés sous la forme de rapports. Ainsi, l'introduction d'une politique de contrôle des infections pourrait s'accompagner, à court terme, d'une évaluation de la pratique du lavage des mains par l'ensemble du personnel ; et, à long terme, d'une mesure de la diminution du taux d'infection. La valeur accordée à la PBP dépend aussi du soutien accordé au changement de pratiques. (Voir étude de cas en Figure 15.)

Figure 15 : Application de lignes directrices pour la prise en charge d'adultes atteints d'asthme et de diabète : évaluation de soins infirmiers prodigués sur une période de trois ans.

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (Canada) a préparé et publié plus de quarante-deux lignes directrices relatives à la pratique infirmière et aux environnements de travail. À ce jour, l'évaluation consiste en études annuelles relatives à l'impact de l'application des lignes directrices. Il est cependant difficile d'établir dans quelle mesure les changements de pratique introduits pendant la phase d'application initiale sont pérennes.

Objectifs : Faire rapport sur les indicateurs de suivi des soins infirmiers prodigués après l'application, pendant trois ans, des lignes directrices relatives aux « pratiques exemplaires pour la prise en charge de patients asthmatiques » et à la « réduction des complications des plaies du pied chez les diabétiques » dans les contextes cliniques.

Intervention / méthode : Observations sur site et entretiens réalisés avec des intervenants importants dans deux hôpitaux. Plusieurs indicateurs de changement dans les soins infirmiers, identifiés six mois après l'application, ont été comparés avec les indicateurs sélectionnés dans le cadre d'un contrôle de dossiers effectué sur les mêmes sites, trois ans plus tard.

Principaux résultats : Sur douze indicateurs relatifs à la prise en charge de l'asthme, trois restent à un niveau élevé (≥ 84 % des dossiers contrôlés), quatre ont sensiblement diminué ($p < 0,01$). On constate l'amélioration importante ($p \leq 0,05$) de neuf indicateurs sur douze relatifs à la prise en charge des complications du pied chez les patients diabétiques.

Conclusions : Le suivi à long terme tant des indicateurs cliniques que des facteurs contextuels est important pour contrôler l'application pérenne des lignes directrices.

Source : Higuchi *et al.* (2011).

Si les décisions sont complexes et qu'il est vraisemblable qu'elles auront des conséquences majeurs en termes d'utilisation des ressources – comme par exemple la construction d'un nouveau bâtiment ou l'embauche de nouveaux collaborateurs – vous devrez réaliser une modélisation économique. Vous serez peut-être amenée à déterminer si votre proposition produira de grands avantages pour un nombre restreint de patients ou, au contraire, des avantages modestes pour un grand nombre de patients. Cet aspect doit être étudié de près, d'une part parce que tous les systèmes de santé sont soumis à la pression financière, d'autre part du fait de la très forte compétition pour l'accès aux ressources disponibles. Pour s'aider

dans ce type de décisions, les gestionnaires de systèmes de santé appliquent de plus en plus souvent des modèles économiques adaptés d'autres domaines.

L'évaluation économique utilisée dépendra des circonstances. Elle pourra être réalisée par des infirmières avec l'aide d'une spécialiste (Gray 1999, Figure 16). En adoptant un cadre de référence pour l'évaluation des coûts et avantages de vos propositions, vous serez en mesure de faire adopter des choix difficiles de manière explicite et transparente. Plusieurs cadres sont disponibles pour ce faire. Un exemple est donné en **Annexe 3**.

Figure 16: Exemples d'évaluations économiques

- Analyse de coût : ne donne pas d'information sur les résultats mais uniquement sur le coût ; ne compare pas toujours des options alternatives.
- Étude de minimisation des coûts : utilisée surtout pour identifier et retenir l'option la moins chère.
- Analyse coût-efficacité : pour comparer deux alternatives en tant que différentiel d'écart entre deux séries de résultats connus.

Source : Gray (1999).

Enfin, pour confirmer que les changements résultent effectivement de votre intervention, il faudra mettre en place une forme de contrôle ou d'évaluation d'impact. Le contrôle est utile pour savoir ce qu'il se passe concrètement : vous pourriez, par exemple, contrôler l'application d'un chemin de soins. Vous serez ainsi en mesure de récolter des informations en temps utile et, éventuellement, d'ajuster le programme. Les mesures de contrôle se révéleront chères et non rentables si les statistiques qui en sont issues ne sont pas exploitées. Le contrôle ne permet pas toujours de dire si tel programme ou politique a eu un impact sur les indicateurs qui vous intéressent.

Une évaluation d'impact devrait être mise au point en même temps que le changement prévu et conçue avec la même attention qu'une étude de recherche. L'objectif est de déterminer si l'évolution des résultats observés est imputable à votre intervention. Une évaluation bien documentée aidera des tiers à se déterminer sur la possibilité d'adapter votre expérience à leurs propres contextes.

Les infirmières développent leurs rôles et prennent une part de plus en plus active à l'action d'équipes multidisciplinaires : elles doivent donc être capables de mettre en cause leur approche de la pratique et accepter d'être questionnées, et de rendre compte, à ce sujet. L'approche fondée sur les preuves est justement le moyen de répondre à ces exigences, car elle nous permet de réévaluer en permanence notre pratique et de chercher des manières neuves et plus efficaces d'intervenir. En outre, par ces temps d'austérité financière, elle nous autorise à faire l'usage le plus judicieux possible des ressources à notre disposition. Nous avons toutes beaucoup à partager avec des collègues confrontées à des problèmes similaires. C'est la raison de l'importance des réseaux professionnels, qui contribuent à accélérer la traduction d'idées en actes.

Notre dernier chapitre montrera de quelles manières les associations nationales d'infirmières peuvent apporter leur contribution à tous les stades du cycle de la pratique basée sur les preuves, qu'il s'agisse de formuler des lignes directrices ou d'aider les infirmières engagées dans la recherche à se mettre en réseau au niveau international.

CHAPITRE 5

Le rôle des associations nationales d'infirmières

Les associations nationales d'infirmières (ANI) assument un rôle déterminant dans la prestation de soins centrés sur la personne, sûrs, efficaces et basés sur les meilleurs éléments de preuve disponibles. La capacité des infirmières d'appliquer une combinaison de compétence technique, de raisonnement clinique et de preuves se rapportant à une gamme de contextes des soins de santé se renforce avec le temps grâce à l'enseignement formel, aux connaissances acquises sur le terrain, au mentorat et à la pratique réflexive. Les ANI sont particulièrement bien placées pour favoriser ce processus. Plusieurs études montrent que la plupart des infirmières prodiguent des soins sur la base des connaissances acquises à l'école d'infirmières et qu'elles ne se réfèrent que rarement aux articles de revues scientifiques, aux rapports de recherches et aux bibliothèques des hôpitaux (Pravikoff *et al.* 2005).

Pour relever le défi de la mise en œuvre d'une pratique basée sur les preuves, les ANI doivent faire preuve d'anticipation et d'engagement. Compte tenu des conflits entre priorités urgentes et du climat économique actuel, il est tentant de reléguer la PBP au second plan. Or, l'utilité d'une pratique basée sur les preuves, visant à améliorer tant la sécurité des patients que la qualité et la sécurité des soins, est plus évidente que jamais. Il est vital que les ANI assument l'encadrement de la profession infirmière.

Les ANI sont bien placées pour informer, inciter et autonomiser les infirmières à tous les niveaux afin qu'elles collaborent avec toutes les parties prenantes concernées – communautés, employeurs, partenaires, législateurs, institutions de formation, patients et familles – en vue de la promotion de la PBP, du bien-être et des résultats de santé optimaux.

Chaque ANI doit décider d'un plan d'action correspondant à son propre contexte, compte tenu de facteurs tels que la capacité d'application de la pratique basée sur les preuves et la disponibilité des ressources et moyens de soutien. La présentation d'un nombre restreint d'activités démontrant les avantages de la traduction de preuves en actes contribuera très probablement au passage à la pratique basée sur les preuves.

Informer et plaider

Les ANI peuvent diffuser auprès de leurs membres, des infirmières gestionnaires, des enseignants et des législateurs des informations et des messages clés relatifs à la pratique basée sur les preuves. La diffusion à grande échelle d'informations complètes et corroborées relatives aux avantages de la pratique basée sur les preuves est nécessaire pour sensibiliser et modifier les comportements. Le partage

d'informations relatives à l'importance d'appliquer les preuves à la pratique est également nécessaire pour susciter un environnement propice au changement, à l'application, à l'innovation et à l'évaluation de meilleurs résultats de santé. Les ANI peuvent à cet effet :

- Créer des communautés virtuelles sur Internet favorisant l'échange en pairs d'idées et de pratiques exemplaires.
- Diffuser, lors de conférences, et publier, dans leurs revues, dans des communiqués de presse et sur leurs sites Internet, les informations importantes relatives aux avantages de la pratique basée sur les preuves
- Diffuser auprès de leurs membres, des infirmières gestionnaires et des législateurs des informations relatives à la pratique basée sur les preuves.
- Organiser, au niveau national, des campagnes et manifestations de sensibilisation à cette forme de pratique.
- Organiser, à l'occasion de conférences et réunions rassemblant des infirmières, des débats consacrés à la pratique basée sur les preuves.
- Décerner des prix récompensant l'excellence et l'innovation dans l'application de la pratique basée sur les preuves, et faire connaître les réalisations des infirmières dans leurs publications et sur leurs sites Internet, pendant leurs conférences, etc.
- Faciliter la collaboration avec d'autres associations de professionnels de santé, les ministères de la santé, les organisations de recherche et d'autres secteurs et partenaires concernés.
- Travailler avec les ministères de la santé et d'autres partenaires en vue de l'adoption, dans les politiques de santé publique notamment, des principes de la pratique basée sur les preuves.
- Diffuser des données probantes relatives aux pratiques exemplaires et à leurs résultats, en particulier en termes de coûts.

Nouer des alliances

L'introduction réussie de la pratique infirmière basée sur les preuves nécessite une action coordonnée avec le Ministère de la santé, le secteur de l'éducation, les personnels de santé et le secteur privé de la santé. Les partenariats efficaces encouragent la collaboration, minimisent les chevauchements et la compétition pour les mêmes ressources, permettant aux organisations de renforcer l'application de la PBP et de procéder à des échanges fructueux.

- Créer des partenariats entre professionnels de la santé et législateurs afin de partager des informations, de concevoir des stratégies et de mobiliser des ressources en vue du passage à une pratique des soins infirmiers fondée sur les preuves.
- Collaborer avec les législateurs afin d'augmenter les investissements dans la main-d'œuvre infirmière et d'appliquer des programmes et politiques propices à la pratique basée sur les preuves.

- Informer les organisations de soins de santé, les chercheurs et les législateurs des implications de la traduction des connaissances en preuves et des avantages de cette démarche (résultats, diminution des coûts, etc.)
- Travailler avec les établissements d'enseignement à une meilleure intégration, dans leurs programmes, des principes de la pratique basée sur les preuves.
- Collaborer avec le secteur de l'enseignement et de la recherche en sciences infirmières à la diffusion et à l'application des résultats de recherche.

Renforcer les capacités

Les ANI jouent un rôle important dans le renforcement des capacités de la profession infirmière en général, et dans la compétence des infirmières de traduire les preuves disponibles dans leur pratique, de manière à ce que notre profession remplisse son mandat de prodiguer les meilleurs soins possibles sur la base de données probantes.

- Organisation d'ateliers, de clubs de réflexion et de débats ; mise à disposition d'outils à télécharger sur Internet et d'autres ressources destinées à la promotion de la pratique basée sur les preuves .
- Organisation d'un espace d'échange et de débat autour des pratiques, leçons apprises et innovations dans le domaine de la traduction des connaissances en modalités de pratique.
- Faire connaître aux infirmières, et à d'autres parties concernées, des innovations en soins infirmiers basées sur des preuves récentes.
- Susciter l'intérêt pour la recherche en sciences infirmières en faisant du lobbying pour l'octroi de bourses et l'organisation de formations destinées aux infirmières, et pour l'ouverture de perspectives de carrière à leur intention.
- Encourager ou faciliter l'adoption des nouvelles technologies de l'information, grâce à des mécanismes de formation et de retour d'informations adéquats.
- Faciliter la gestion du changement à l'appui de la pratique basée sur les preuves.

Rédiger des argumentaires

La profession infirmière en tant que telle peut contribuer de manière importante aux politiques de santé. Les infirmières excellent dans les soins et dans la résolution de problèmes immédiats, même avec peu de ressources. Elles entretiennent des contacts étroits avec les patients dans des contextes extrêmement variés. Les infirmières sont ainsi en mesure de bien comprendre les besoins de santé, la manière dont les facteurs environnementaux affectent les patients et leurs familles, ainsi que la manière dont les publics concernés pourraient réagir à différentes stratégies et modalités de fourniture des services. Malheureusement, notre profession peine à faire entendre ce message aux décideurs politiques. Pour influencer les politiques, les ANI doivent jouer leur carte maîtresse qui est de faire le

lien entre la pratique au plus près des patients et les prises de décisions au plus haut niveau. Pour ce faire, les infirmières doivent préparer de argumentaires et faire du lobbying en faveur d'une meilleure prise en compte de la contribution potentielle des infirmières aux décisions en matière de soins de santé. À plus long terme, les ANI doivent œuvrer pour que les infirmières participent aux décisions stratégiques et leur faire gagner en visibilité et contribuer aux grandes orientations en faisant entendre leur voix. Pour ce faire, les ANI doivent préparer des argumentaires, faire passer leurs messages et déterminer de quel soutien les infirmières auront besoin.

Pour garantir la réussite de l'application de la pratique basée sur les preuves, les ANI doivent mettre en question leurs propres hypothèses et être prêtes à collaborer avec d'autres intervenants à l'amélioration des processus de soins et des résultats pour les patients. Consommatrice de ressources, de temps et d'efforts, la pratique basée sur les preuves se justifie pourtant par ses résultats. Chaque patient mérite de recevoir des soins basés sur les meilleures connaissances scientifiques, garantes de leur qualité et de leur rentabilité. Les ANI, en tant que voix collective des infirmières au niveau national, sont des partenaires essentiels du passage vers une pratique basée sur les preuves.

Pour promouvoir la pratique basée sur les preuves, les ANI doivent donc appliquer différentes approches et se concentrer sur l'évolution des compétences et des attitudes propres à traduire les preuves en actes, en vue de l'obtention de meilleurs résultats de santé. Les ANI doivent aussi explorer d'autres activités, comme par exemple des approches axées sur les comportements et des démarches favorables à l'exercice d'une influence structurelle, sociale ou financière, afin d'instaurer un environnement durablement propice à la pratique infirmière basée sur les preuves.

ANNEXES

ANNEXE 1

Compétences d'évaluation critique

À la lecture d'une recherche, quelle qu'en soit la présentation – revue systématique, essai contrôlé randomisé, évaluation économique ou autre –, il importe de garder à l'esprit trois critères généraux : sa validité, ses résultats et sa pertinence. Il faut toujours se poser les questions suivantes :

1. La recherche est-elle menée de manière à minimiser le biais ?
2. Si oui, que l'étude montre-t-elle ?
3. Que signifient les résultats de cette étude pour les patients à titre individuel ? Comment s'inscrivent-ils dans le contexte où une décision doit être prise ?

La réponse à ces questions vous permet en principe de déterminer s'il vaut la peine de continuer sur votre lancée. Certains cadres permettent de poser des questions plus détaillées. Pour plus de cohérence, nombre d'organisations s'efforcent d'utiliser le même cadre pour passer en revue les lignes directrices.

L'American Nurses Association (ANA) propose le cadre que nous présentons ci-après.

Cadre de lecture et d'interprétation critique d'une étude de recherche

1. Critique de l'article de recherche

a. Le **titre** décrit-il exactement le contenu de l'article ?

b. Le **résumé** correspond-il au contenu de l'article ?

c. L'**introduction** présente-t-elle clairement l'intention de l'auteur de l'article ?

d. Le **problème** est-il formulé de manière claire ?

e. L'**objectif** de l'étude, autrement dit la raison pour laquelle la recherche a été menée, est-il expliqué?

f. L'auteur pose-t-il une ou plusieurs **questions de recherche** ? Sinon, aurait-il dû le faire ?

g. Le **cadre théorique** de la recherche est-il décrit ? Sinon, devrait-il l'être ?

h. La revue de la littérature est-elle pertinente à l'étude et complète ? Couvre-t-elle des publications récentes ? La revue de la littérature confirme-t-elle à la nécessité de réaliser l'étude ?

i. **Méthodologie** : la conception de l'étude est-elle appropriée ? L'échantillon correspond-il à la conception de l'étude ? Est-il assez important ? L'auteur a-t-il eu recours à un outil statistique ? Comment les statistiques ont-elles été récoltées ? Leur fiabilité et leur validité ont-elles été établies ?

j. **Analyse** : l'approche analytique correspond-elle aux questions posées et à la conception de la recherche ?

k. Les **résultats** sont-ils clairement exposés (texte, tables, figures) ? Les statistiques sont-elles expliquées ?

l. **Discussion** : les résultats sont-ils expliqués par rapport à la grille de lecture théorique et aux questions de recherche ? Sont-ils replacés dans le contexte de leur importance pour les soins infirmiers ?

m. Les **limites** de l'étude sont-elles indiquées, de même que leurs implications ?

n. **Conclusion** : l'auteur formule-t-il des recommandations relatives à la pratique infirmière, à de nouvelles recherches, destinées aux décideurs politiques?

2. Déterminez, sur une échelle, le niveau et la qualité des preuves (l'ANA propose plusieurs échelles dans son paquet d'outils de recherche : www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit).

3. Déterminez si l'étude s'applique à votre propre pratique :

a. *Pouvez-vous exploiter les résultats et les recommandations dans le cadre de votre propre pratique ?*

Par Louise Kaplan, PhD, ARNP, FNP-BC, FAANP Senior Policy Fellow, Département Pratique et politiques de soins infirmiers.

ANNEXE 2

Cadre de pratique réflexive

Voici, parmi de nombreux exemples, un modèle de structuration de vos réflexions.

Modèle John de réflexion structurée (2000)

Le modèle de « réflexion guidée » proposé par John est un ensemble de questions orientées sur le point de vue du praticien. Le modèle souligne les moyens par lesquels nous tirons des connaissances de notre expérience et par lesquels nous validons ces connaissances. Le cadre est centré sur cinq questions d'amorce, chacune visant à susciter un questionnement plus approfondi par le biais d'une réflexion détaillée – et permettre ainsi un apprentissage par l'expérience.

John envisageait son modèle – basé sur le praticien – comme intégré à un système de réflexion destiné à promouvoir, en fin de compte, une communauté de savoir, par la mise en contexte – ou « en situation » – de l'apprentissage. Les méthodes reposant sur ce modèle doivent donc s'appuyer sur des formats structurés : journaux, suivi et feedback par un superviseur, par exemple.

1. Description de l'expérience

- Phénomène : décrire l'expérience.
- Causalité : quels facteurs principaux ont-ils contribué à cette expérience ?
- Contexte : quels sont les facteurs contextuels importants pour cette expérience ?
- Clarification : sur quels processus majeurs l'expérience invite-t-elle à réfléchir ?

2. Réflexion

- Quel était mon objectif ?
- Pourquoi suis-je intervenue de telle manière ?
- Quelles ont été les conséquences de mes actes pour moi-même, pour le patient ou sa famille, et pour mes collègues ?
- Qu'ai-je ressenti de cette expérience sur le moment ?
- Quel a été le sentiment du patient ?
- Comment puis-je savoir ce que le patient a ressenti ?

3. Influences

- Quels facteurs internes ont-ils influencé ma décision ?
- Quels facteurs externes ont-ils influencé ma décision ?
- Quelles sources de connaissances ont-elles influencé, ou auraient-elles dû influencer, ma décision ?

4. Évaluation

- Aurai-je pu mieux réagir ?
- Quels autres choix m'étaient-ils offerts ?
- Quelles auraient été les conséquences de ces choix ?

5. Apprentissage

- Quel est mon sentiment actuel à propos de cette expérience ?
- Comment cette expérience s'inscrit-elle dans le cours de mes expériences et s'inscrira-t-elle dans ma pratique à l'avenir ?

Si la démarche d'apprentissage a toujours impliqué des pratiques réflexives, les modèles tels que celui présenté exigent une approche spécifique et structurée. Au choix du modèle doit succéder celui du support : journal, dossier, expérience de travail ou collaboration et discussion. La manière dont ces modèles et supports s'intègrent au perfectionnement professionnel détermine le succès général d'une telle stratégie.

ANNEXE 3

Modèle de plan d'affaires / de développement de service

L'aspect le plus important de la plupart des plans d'affaires (*business plans*) consiste en actions et / ou recommandations. Leur objectif est, en général, d'obtenir (dans le respect des principes déontologiques) le rendement maximal (ou, dans le cas de services publics et d'organisations à but non lucratif, la meilleure utilisation possible des investissements et ressources).

Voici un modèle rapide et simple, applicable à la plupart des plans d'affaires et des rapports de planification. Cette structure de rapports de planification est adaptable à la planification opérationnelle et à la planification des équipes de santé, les mêmes principes s'appliquant.

Cette structure de plan d'affaires est, par nature, pragmatique, c'est à dire concise et adaptée à son but. Un plan ou rapport d'affaires est nécessairement axé sur le profit, les résultats et la performance financière (faute desquels on ne peut généralement rien obtenir). Cela étant, les aspects déontologiques et relevant de la responsabilité d'entreprise (par exemple : la sécurité des patients) sont importants et doivent être identifiés.

Structure du plan d'affaires / de service

- **Page de titre :** Titre du plan et brève description si nécessaire, auteur, date, société / organisation si applicable, indications sur la circulation et la confidentialité.
- **Table des matières :** Liste des chapitres cités ici, en commençant par l'introduction, avec les numéros de pages correspondants, plus une liste d'annexes (références complémentaires placées en fin de document). La table des matières doit permettre au lecteur de trouver ce qu'il cherche et de se repérer facilement dans votre document. Elle permet aussi de renvoyer d'autres personnes à telle ou telle page, pour recherche ou vérification.
- **Page introductive :** Introduction et but du plan, mandat des auteurs le cas échéant (normalement pour plans ou projets de grande ampleur et formels).
- **Principaux chapitres du corps du texte, si nécessaire :** Voir modèle ci-après.
- **Annexes :** Diagrammes, statistiques, exemples, feuilles de calculs, autres références à l'appui du raisonnement et des recommandations du plan.

Document de planification

1. **Résumé pour décideurs** : synthèse claire et concise – une page maximum – du contenu du document. Votre argumentaire doit convaincre du bien-fondé de votre plan ou proposition d'amélioration du service. À rédiger tout à la fin. Mettre l'accent sur les avantages attendus, l'intégration au niveau stratégique, les marges, l'échéancier et la rentabilité.

2. **L'opportunité commerciale (ou situation / contexte / besoin)** – (sous-chapitres selon les besoins, suggestions en gras ; si nécessaire, renvoyer aux diagrammes et cartes en annexe) – expliquer et définir le marché – description des secteurs et segments. Présenter les grandes dynamiques commerciales à l'œuvre au sein des secteurs et segments ; ainsi que les mécanismes, processus, restrictions, croissance, cadre juridiques et facteurs saisonniers relatifs aux achats : quels facteurs déterminent-ils les priorités et besoins des clients? Et quels sont ces priorités et besoins ? Présenter des solutions déjà appliquées ainsi que leurs faiblesses / lacunes. Montrer et expliquer les méthodes de mise sur le marché, le rôle des gardiens / personnes influentes et les relations entre ces différents intervenants. Décrire les produits et services recommandés, vos propositions ainsi que vos arguments de vente spécifiques. Préciser les niveaux de vente et de marges atteignables. Quantifier le marché potentiel et la part de marché atteignable – par segment si nécessaire, taille, effectifs, valeurs (contacts, lieux, personnes / utilisateurs ou tout autre critère permettant d'évaluer le volume d'affaires) – pour chaque proposition. Renvoyer à des études de cas, si elles existent (les joindre en annexe). Signaler toute compétition ou menace existante ou potentielle, ainsi que vos avantages sur la compétition (en termes de proposition, fourniture et stratégie / commercialisation / partenariats). Il est opportun et logique de mentionner ici les aspects relatifs à la déontologie et à la responsabilité sociale d'entreprise.

3. **Plan d'action stratégique** : sous-chapitres selon les besoins – actions et résultats nécessaires pour atteindre les objectifs ci-dessus. Mettre l'accent sur la collaboration potentiellement fructueuse avec des organisations commerciales et d'autres partenaires clés – soyez précis. Calendriers, coûts et ressources, dans la mesure où ces éléments sont connus et pertinents. Vous connaissez déjà la plupart de ces éléments : il faut seulement les classer par priorité et les porter par écrit sous la forme d'une suite d'actions cohérentes, complétée de résultats et valeurs quantifiables. La plupart de ces démarches seront de votre responsabilité, avec l'aide de partenaires et d'une certaine dose de marketing. Montrer l'évolution des coûts, du rendement et des marges. Montrer le rendement total pour l'année en cours (ou pour la période couverte par le plan) ; il est utile de donner la même indication pour l'année suivante. Illustrer éventuellement avec un tableau (Excel).

4. **Recommandations** : actions, autorisations, budgets, développement de produits ou services, ressources, etc. nécessaires à la réalisation du projet. Dépendra du niveau de soutien hiérarchique nécessaire – idéalement, aussi faible que possible.

Source : www.businessballs.com (2004-2009), © Alan Chapman/Businessballs.
Sur Internet : www.businessballs.com/freenewbusinessplanstemplates.htm.
Reproduction interdite. Les auteurs déclinent toute responsabilité.

La recherche en soins infirmiers

Prise de position

Prise de position du CII :

L'une des caractéristiques essentielles des soins infirmiers professionnels est que leur pratique est basée sur les résultats de la recherche scientifique. La recherche en soins infirmiers, dans ses aspects qualitatifs et quantitatifs, est essentielle pour la qualité et la rentabilité des soins de santé.

Afin de favoriser la recherche en soins infirmiers ainsi qu'une pratique qui soit fondée sur les résultats de la recherche, le Conseil international des infirmières (CII) :

- facilite et encourage la conduite, la diffusion et l'utilisation de la recherche liée aux soins infirmiers, à la santé et aux systèmes de soins de santé;
- collabore avec les organisations nationales et internationales en vue de favoriser la contribution des infirmières à la recherche sur les soins infirmiers, la santé et les systèmes de santé;
- s'efforce de promouvoir la possibilité pour les infirmières de diffuser les résultats de la recherche et de publier des articles dans la presse spécialisée internationale;
- apporte son soutien à l'établissement de réseaux de chercheurs et chercheuses en soins infirmiers;
- encourage les associations membres à mettre en place des capacités liées à la recherche;
- s'efforce de promouvoir la recherche dans des domaines ayant des implications pratiques et susceptibles de produire une amélioration de résultats pour les patients et pour le grand public, et qui sont en outre significatifs pour la pratique quotidienne des infirmières;
- assume un rôle de leadership en établissant des principes déontologiques à l'attention des infirmières pour tout ce qui a trait à la conduite, à la diffusion et à l'utilisation de la recherche.
- promeut l'utilisation des résultats de la recherche scientifique à l'appui de la pratique fondée sur les données probantes.

Le CII apporte un soutien aux associations nationales d'infirmières (ANIs) qui lui sont affiliées dans les efforts qu'elles déploient pour favoriser la recherche en soins infirmiers, en particulier en :

International Council of Nurses

3, Place Jean-Marteau
CH-1201 Geneva Switzerland
Telephone 41 (22) 908 0100
Fax 41(22) 908 0101
E-Mail : icn@icn.ch

- améliorant l'accès à une éducation qui prépare les infirmières à entreprendre des recherches, à évaluer d'un œil critique les résultats de la recherche et à promouvoir une application appropriée des résultats de la recherche à la pratique des soins infirmiers;

- plaidant en faveur du financement de la recherche en soins infirmiers par des sources privées et publiques.

Le CII estime que les ANIs ont un rôle clef à jouer pour ce qui est de promouvoir et de faciliter le processus de recherche auprès des employeurs, des institutions d'enseignement et des agences de financement. En travaillant ensemble, les associations, les institutions d'enseignement, les cadres et les employeurs peuvent créer un climat propice à l'investigation, faciliter l'accès à la formation aux méthodes de recherche permettant d'accroître les connaissances scientifiques et de généraliser l'application des résultats de la recherche aux soins de santé.

Contexte:

La recherche en soins infirmiers est indispensable pour générer de nouvelles connaissances et faire progresser les sciences infirmières, évaluer les pratiques et les services existants et apporter des informations qui serviront de repère pour l'enseignement infirmier, la pratique de la profession, la recherche et la gestion dans ce domaine.

La recherche vise à comprendre les mécanismes fondamentaux qui affectent la capacité des individus, des familles et des communautés à conserver ou améliorer aux mieux leurs fonctions et à minimiser les effets néfastes de la maladie. La recherche en soins infirmiers devrait également se pencher sur les résultats des interventions des infirmières, de manière à assurer la qualité et la rentabilité des soins infirmiers.

La recherche en soins infirmiers facilite aussi une meilleure connaissance des politiques et systèmes qui fournissent effectivement et efficacement des soins infirmiers; une meilleure prise de conscience de ce qu'est la profession et de son évolution historique; une meilleure compréhension des principes déontologiques qui président à la fourniture des services de soins infirmiers ainsi qu'une meilleure connaissance des systèmes qui préparent efficacement les infirmières à s'acquitter du mandat social, actuel et à venir de leur profession.

En ce qui concerne les soins infirmiers, le CII a identifié des domaines de recherche prioritaires en matière de santé, de maladie et de services de fourniture de soins* qui mettent l'accent sur la qualité et la rentabilité des soins, sur les soins communautaires, sur la main-d'œuvre infirmière et sur la réforme des soins de santé.

Conseil international des infirmières (1997), La recherche en soins infirmiers : établir un ordre du jour international pour la recherche. Rapport du Comité d'experts sur la recherche en soins infirmiers*. Genève : CII.

Adoptée en 1999
Revue et révisée en 2007

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières du monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.

Fiche d'information

ANNEXE 5

LES SOINS INFIRMIERS, C'EST IMPORTANT

Les Soins infirmiers, c'est important *présente de brèves informations de référence ainsi qu'un point de vue international sur les problèmes sociaux et de santé actuels.*

Les indicateurs de résultats sensibles aux soins infirmiers

Introduction

Outre les réformes et la sophistication croissante des systèmes de santé, la recherche d'une rentabilité plus élevée et le souci d'une meilleure qualité des soins, on constate actuellement un intérêt croissant pour les résultats et les données tirées de l'expérience. Ces évolutions, associées à des préoccupations liées aux modifications du profil des qualifications, ont incité la profession infirmière à identifier des indicateurs de résultats qui rendent précisément compte de ses actes et de l'influence des niveaux de dotation en effectifs infirmiers.

Indicateurs de résultats sensibles aux soins infirmiers

Par « résultats » on entend les conséquences des interventions infirmières. En ce sens, les résultats sont des indicateurs de la résolution d'un problème, ou des progrès accomplis vers la résolution d'un problème ou d'un symptôme[1]. La ICNP® définit le résultat des soins infirmiers comme la mesure ou le statut d'un diagnostique à un moment donné après une intervention des soins infirmiers, alors que [2]« les résultats pour les patients sensibles aux soins infirmiers » se définissent comme des changements dans l'état de santé où les soins infirmiers dispensés ont eu une influence directe. [3] Les variables agissant sur ces résultats sont : les diagnostics, certains facteurs socio-économiques, le degré de soutien familial, l'âge et le sexe et la qualité des soins dispensés par les autres professionnels de la santé et par le personnel de soutien.

---

[1] Site Internet de l'American Nurses Association : http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

[2] Conseil international des infirmières (2001), International Classification for Nursing Practice – Version Béta 2. Genève, CII.

[3] Ke-Ping A. Yang; Lillian M. Simms; Jeo-Chen T. Yin (1999) Factors Influencing Nursing-Sensitive Outcomes in Taiwanese Nursing Homes, Online Journal of Issues in Nursing , Article published August 3, 1999

Indicateurs de résultats sensibles aux soins infirmiers fréquemment utilisés

Certains résultats pour les patients sont fréquemment utilisés comme autant d'indicateurs sensibles aux soins infirmiers; il s'agit[4] :

1) De certaines complications : infections de la voie urinaire, ulcères de pression, pneumonies nosocomiales, embolismes pulmonaires ou thromboses profondes.
2) De certaines mesures exploratoires parmi lesquelles les saignements gastro-intestinaux, les complications du système nerveux central, les arrêts et chocs cardiaques, les septicémies.

3) De certaines complications affectant les patients en chirurgie, telles qu'infections de blessures, insuffisances pulmonaires et dysfonctionnements métaboliques.

4) De la durée de séjour hospitalier et des « échecs des secours » (incapacité de faire face à des crises telles que chocs, arrêts cardiaques et thromboses profondes entraînant une augmentation de la morbidité et / ou de la mortalité).

En outre, on a pu identifier une série de résultats pour les patients dépendant du domaine de pratique et de la composition du personnel de santé d'un établissement donné[5] :

- Contrôle des symptômes et modification de la sévérité des symptômes.
- État fonctionnel.
- Connaissance de la maladie et du traitement.
- Satisfaction des patients vis-à-vis des soins.
- Visites imprévues aux urgences.
- Réadmissions imprévues à l'hôpital.
- Solidité de l'alliance de traitement.

En quoi les indicateurs sensibles aux soins infirmiers sont-ils importants?

L'utilisation d'indicateurs sensibles aux soins infirmiers permet d'attirer l'attention sur la sécurité et la qualité des soins aux patients et sur le contrôle des résultats de soins[6]. Il importe que les infirmières et les établissements de soins récoltent méthodiquement les données nécessaires au contrôle des coûts et de la qualité des soins dispensés aux patients. L'utilisation d'indicateurs de résultats sensibles aux soins infirmiers est déterminante pour montrer le rôle joué par les infirmières dans la fourniture de soins aux patients de qualité et sûrs.

L'on ne saurait surestimer l'importance de définir des indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers. Une telle démarche, associée à l'établissement d'une corrélation entre activités infirmières et résultats de santé, permet de fournir des arguments de poids à l'appui d'une répartition plus judicieuse des ressources de santé. Ainsi, des études établissant une corrélation entre niveaux de dotation en effectifs et résultats pour les patients montrent qu'un nombre plus élevé d'infirmières qualifiées permet de réduire le nombre des complications, de diminuer la durée des séjours hospitaliers, de faire chuter le taux de mortalité et, même, de limiter les

---

[4] http://nursingworld.org/books

[5] Calgary Health Region.
http://www.clpna.com/HPA.pdf#search=%22%22Nursing%20sensitive%20outcome%20indicators%20%22%22

[6] American Nurses Association. http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

coûts[7]. En outre, on a montré l'existence d'une relation forte entre la dotation en effectifs d'infirmières et cinq résultats pour patients : les infections de la voie urinaire, les pneumonies, la durée de séjour hospitalier, les saignements gastro-intestinaux et les états de choc[8]. On voit qu'un nombre accru d'infirmières au sein des équipes de soins est associé à une diminution des effets indésirables.

Conclusion

Les indicateurs de résultats sensibles aux soins infirmiers sont destinés à établir des corrélations entre les interventions de soins infirmiers et l'état de santé des patients qui en ont bénéficié. Ils permettent de contrôler l'efficacité des soins infirmiers par la mesure des résultats pour les patients. De telles corrélations deviennent plus évidentes dès lors que l'on est à même d'identifier un diagnostic, une intervention et des résultats liés. Étant donné que les infirmières font partie intégrante du système de fourniture de soins de santé, les indicateurs sensibles aux soins infirmiers donnent une image de l'action des infirmières, de leurs résultats et des coûts qu'elles engendrent. Ces indicateurs jouent un rôle important pour la répartition judicieuse des ressources de soins de santé et pour conférer une meilleure visibilité à la contribution de la profession infirmière aux soins de santé.

Pour plus d'information, veuillez prendre contact avec le CII : icn@icn.ch

Le **Conseil international des infirmières (CII)** est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières du monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.

TG/2007

Tous droits réservés, y compris la traduction en d'autres langues. Il est interdit de polycopier ou de photocopier cette publication, de l'enregistrer ou de la transmettre sur quelque support que ce soit, sans la permission écrite du Conseil international des infirmières. Cependant de courts extraits (en dessous de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation à condition que la source soit indiquée.

Copyright © - 2009 Conseil international des infirmières,

3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse

[7] American Nurses Association (1997), *Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing Length of Stay and Patient Outcomes*. Site Internet de l'ANA : http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

[8] American Nurses Association. http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm

Fiche d'information

ANNEXE 6

LES SOINS INFIRMIERS, C'EST IMPORTANT

Les Soins infirmiers, c'est important *présente de brèves informations de référence ainsi qu'un point de vue international sur les problèmes sociaux et de santé actuels.*

La recherche dans le domaine des soins infirmiers: un outil pour l'action

Qu'est-ce que la recherche dans le domaine des soins infirmiers?

La quête de soins de santé qui soient rentables et de qualité a placé sur le devant de la scène les questions de pratique basée sur des preuves scientifiques et de recherche en soins infirmiers. La recherche dans le domaine des soins infirmiers est une démarche qui procède d'une quête systématique visant à dégager de nouveaux savoirs infirmiers au bénéfice des patients, des familles et des communautés. Ce type de recherche englobe tous les aspects des questions de santé qui revêtent un intérêt quelconque pour les soins infirmiers, y compris pour ce qui est de la promotion de la santé, de la prévention des maladies, des soins aux individus de tous âges pendant leur maladie, durant leur rétablissement ou lors de l'accompagnement vers une mort dans la dignité et la paix.[1] La recherche en soins infirmiers applique l'approche scientifique à une démarche qui a pour objet de faire avancer l'état des connaissances, d'obtenir des réponses à des questions ou de résoudre des problèmes.

Les connaissances acquises par le biais de la recherche dans le domaine des soins infirmiers sont utilisées pour développer une pratique basée sur des preuves scientifiques; améliorer la qualité des soins et tirer le meilleur profit des résultats en matière de santé tout en rentabilisant au maximum les interventions infirmières.

La recherche dans le domaine des soins infirmiers, pour quoi faire?

La pratique basée sur les résultats de la recherche est l'une des caractéristiques des soins infirmiers professionnels. La recherche en soins infirmiers, aussi bien qualitative que quantitative, est essentielle pour la qualité et la rentabilité des soins de santé[2]. La recherche en soins infirmiers s'avère indispensable pour générer de nouveaux savoirs; évaluer les pratiques et services existants; et fournir des preuves qui pourront servir de référence pour l'éducation, la pratique, la recherche et la gestion dans le domaine des soins

---

[1] Conseil international des infirmières (1998), Guide pratique pour la recherche dans le domaine des soins infirmiers. Edité par W.L. Holzemer. Genève: CII.
[2] Conseil international des infirmières (1999), Prise de position du CII sur la recherche dans le domaine des soins infirmiers.

infirmiers. La recherche dans ce domaine est un puissant outil permettant de répondre aux questions qui se posent en matière d'interventions de soins de santé et de trouver de meilleures façons de promouvoir la santé, de prévenir la maladie et de fournir des soins et des services de réadaptation aux personnes de tous âges dans les cadres les plus divers.

Le principal objectif de la recherche dans le domaine des soins infirmiers est d'améliorer les résultats en matière de santé en faisant avancer le savoir infirmier et la pratique dans ce domaine, tout en apportant une contribution informée à la définition de la politique de santé. A cette fin, le CII facilite et promeut la conduite, la diffusion et l'utilisation de recherches liées aux soins infirmiers, à la santé et aux systèmes de soins de santé.

Quelle priorité pour la recherche dans le domaine des soins infirmiers?

Le CII a identifié deux grands axes de priorités susceptibles d'orienter la recherche dans le domaine des soins infirmiers et revêtant un intérêt particulier pour les infirmières. Il s'agit de la santé et la maladie, d'une part, et de la fourniture des services de santé, de l'autre.[3].

Santé et maladie. La recherche en soins infirmiers orientée vers la santé et la maladie se concentre sur un certain nombre de questions parmi lesquelles figurent la promotion de la santé; la prévention des maladies; le contrôle des symptômes; la vie des patients atteints de maladies chroniques et l'amélioration de la qualité de vie de ces personnes; les soins aux patients dont l'état de santé ou la maladie subissent des changements; l'évaluation et la surveillance des problèmes du patient; les essais de nouveaux types d'interventions en soins infirmiers; et l'évaluation des résultats des soins.

Parmi les priorités vers lesquelles, pour ce qui est de la santé et de la maladie, il a été recommandé d'orienter la recherche dans le domaine des soins infirmiers, on compte notamment le VIH/sida et les autres maladies sexuellement transmissibles; les maladies chroniques; le contrôle des infections; ainsi que la santé des femmes et la santé mentale.

Fourniture des services de santé. S'agissant de la fourniture des services de santé, les priorités sur lesquelles se concentre la recherche en soins infirmiers ont essentiellement trait à la qualité et à la rentabilité des soins; aux soins communautaires; à la main-d'œuvre infirmière et à la réforme des soins de santé. Les domaines de recherche en soins infirmiers incluent l'impact des interventions infirmières sur la santé des patients; les pratiques infirmières basées sur des preuves scientifiques; les soins de santé primaire; les soins à domicile; la qualité de la vie professionnelle des infirmières; la rétention du personnel infirmier; la satisfaction face au travail accompli; l'impact de la réforme sur la politique de santé, sur la planification et l'évaluation des programmes, sur l'équité et l'accès aux soins infirmiers ainsi que les effets de cette réforme sur les soins infirmiers et le financement des soins de santé.

---

[3] Conseil international des infirmières (1997), Rapport du Groupe d'experts sur la recherche du CII.

Stratégies de recherche dans le domaine des soins infirmiers

Il faut que les stratégies de recherche dans le domaine des soins infirmiers soutiennent la recherche dans ce domaine au niveau international et qu'elles consolident la base des connaissances en faveur de la pratique des soins infirmiers. Les stratégies du CII visent à améliorer la capacité de recherche en soins infirmiers au niveau international et ont pour principaux objectifs:

- d'appuyer et d'encourager les associations nationales d'infirmières (ANIs) pour tout ce qui a trait à la création de capacités liées à la recherche dans le domaine des soins infirmiers, notamment en ce qui concerne l'élaboration d'un calendrier de recherche et la définition de priorités à cet égard; l'apport d'un appui à la recherche et la fourniture de conseils; la mise au point de bases de données liées à la recherche; ainsi que le développement de l'enseignement lié à la recherche, la diffusion et l'utilisation des résultats de la recherche et la promotion de la coopération dans le domaine de la recherche en soins infirmiers.
- de continuer à travailler avec l'OMS, les ONG et d'autres afin d'assurer que le calendrier international de recherche en soins infirmiers est visible et qu'il en est tenu compte dans les déclarations de priorités; de faire pression afin que les chercheurs infirmiers soient présents dans les comités de recherche appropriés et dans les organes de recherche internationaux liés au domaine de la santé.
- de mettre en place et de soutenir un réseau de chercheurs infirmiers qui aura la capacité de mener à bien la recherche dans le domaine des soins infirmiers telle qu'elle est prévue dans le calendrier international s'agissant de la santé et de la maladie ainsi que de la fourniture des services de soins.
- de développer et de promouvoir l'utilisation de l'internet en tant que stratégie permettant de favoriser la communication entre les chercheurs infirmiers au niveau international, d'accroître l'accès aux documents et de permettre l'accès à un groupe de chercheurs experts en soins infirmiers.
- de promouvoir les opportunités offertes aux chercheurs en soins infirmiers d'être publiés dans les journaux internationaux tels que l'International Nursing Review; d'aider les auteurs dont la première langue n'est pas l'anglais; et d'encourager les journaux à inclure un résumé en anglais si le journal ou l'article est publié dans une autre langue.

Dans le domaine de la pratique basée sur des preuves scientifiques et des soins de santé basés sur le savoir, les infirmières doivent sans cesse relever le défi qui consiste à trouver de nouvelles et meilleures façons de délivrer des soins qui soient fondés sur de nouvelles connaissances et de nouvelles preuves issues de la recherche. Les infirmières ont envers la société l'obligation professionnelle de fournir des soins qui soient constamment passés en revus, révisés à l'aune des résultats de la recherche et validés en conséquence.

Pour plus d'information, veuillez prendre contact avec le CII : icn@icn.ch

Le **Conseil international des infirmières (CII)** est une fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières du monde entier. Géré par des infirmières et à l'avant-garde de la profession au niveau international, le CII œuvre à promouvoir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé dans le monde.

TG/2002

Tous droits réservés, y compris la traduction en d'autres langues. Il est interdit de polycopier ou de photocopier cette publication, de l'enregistrer ou de la transmettre sur quelque support que ce soit, sans la permission écrite du Conseil international des infirmières. Cependant de courts extraits (en dessous de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation à condition que la source soit indiquée.

Copyright © - 2009 Conseil international des infirmières,

3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse

RÉFÉRENCES

Browne M (1997). The field of information policy, *Journal of Information Science*, Vol. 23 : 261-275.

Conseil international des infirmières (2007). Politique sur la recherche en soins infirmiers: www.icn.ch.

Considine J & McGillivray B (2010). An evidence-based practice aroach to improving nursing care of acute stroke in an Australian emergency department, *Journal of Clinical Nursing,* 19(1-2) : 138-144. doi : 10.1111/j.1365-2702.2009.02970.

Cullum N (1997). Identification and analysis of randomised controlled trials in nursing: preliminary study, *Quality in Health Care* 6.

Dunning M, Lugon M, MacDonald J (1998). Is clinical effectiveness a management issue? *BMJ* 316 : 243.

Farrington M, Lang S, Cullen L et Stewart S (2009). Nasogastric tube placement verification in pediatric and neonatal patients [erratum *in* PEDIATR NURS 2009 mar-avr ; 35(2) : 85]. *Pediatric Nursing*, 35(1) : 17-24.

Gray AM (1999). Is this intervention cost effective? *in* Dawes *et al*. (2005), *Evidence based practice: a primer for health care professionals*, 2e édition, Churchill Livingstone, Édimbourg (Royaume-Uni).

Hamer S et Collinson G (2005). *Achieving Evidence based practice. A handbook for practitioners*, 2e éd., Ballière Tindall, Londres (Royaume-Uni).

Higuchi KS, Smith K, Davies BL, Edwards N, Ploeg J et Virani T (2011). Implementation of clinical guidelines for adults with asthma and diabetes: a three-year follow-up evaluation of nursing care, *Journal of Clinical Nursing* 20(9-10) : 1329-1338, mai 2011.

Kurniawan T et Petpichetchian W (2011). *Nurse Media Journal of Nursing* 1,1, janvier 2011 : 43-53.

Lavis JN (2007). Research, public policymaking and knowledge translation processes: Canadian efforts to build bridges, *Journal of Continuing Education in the Health Professions* Vol. 26, n°1 : 37-45

Lewin K (1997). *Resolving Social Conflicts and Field Theory in Social Science*.

Lomas J, Culyer T, McCutcheon C, McAuley L et Law S (2005). *Conceptualizing and Combining evidence for health system guidance.* Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Ottawa (Canada).

Lomas J (2007). *Formalised Informality: An action plan to spread proven health innovations*. Ministère de la santé, Wellington (Nouvelle-Zélande).

Mantzoukas S (2008). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy, *Journal Of Clinical Nursing*, Vol. 17 n°2 : 214-222.

Mc Sherry R et Warr J (2008). *An introduction to excellence in Practice Development in Health and Social Care,* Open University Press, Maidenhead (Royaume-Uni).

Mazurek Melnyk B et Fineout-Overholt E (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphie (États-Unis).

Organisation mondiale de la santé (2004). *World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems*, OMS, Genève (Suisse).

Oxman A, JN Lavis, Lewin S, Fretheim A (éd.). *SUPPORT Tools for evidenced informed health policy making. Report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services*, n°4, 2010. http://www.suort-collaboration.org/supporttool.htm.

Pearson A et Jordan Z (2010). Evidence-based healthcare in developing countries, *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, Vol. 8 n°2 : 97-100.

Pettigrew M et Roberts H (2005). *Systematic reviews in the social sciences: a practical guide*, Blackwell, Oxford (Royaume-Uni).

Pravikoff DS, Tanner AB et Pierce ST (2005). Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice, A*merican Journal of Nursing,* 105(9) : 40-52.

Ruland C (2010). Translating research into practice. *In* Holzemer, W.L (éd), *Improving Health through Nursing Research*, CII, Genève (Suisse).

Tlou S (2006). Evidence-based nursing practice in Botswana, *Primary Health Care and Development*, 2006 : 309-313.

Ward V, Smith S et Foy R (2010). *A framework of knowledge transfer (KT) which can be incorporated into grant proposals*, Leeds Institute of Health Sciences, Leeds (Royaume-Uni).

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

American Nurses Association (s.d.). Research Toolkit. Sur Internet : http://nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Improving-Your-Practice/Research-Toolkit.

Birks M, Francis K, Chapman Y, Mills J et Porter J, (2009). Supporting the evolution of a research culture in Malaysia, *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 27 n°1 : 89-93. Juillet 2011, http://www.ajan.com.au/Vol27/Birks.pdf.

Birks M (2011). Making it real: a hands-on approach to teaching research, *International Nursing Review*, Vol. 58 n°2 : 270-272. Juillet 2011, http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00894.x/full.

Brach C, Lenfesty N, Roussel A, Amoozegar J et Sorenson A (2008). *Will it work here? A decision makers guide for adopting innovation. AHRQ September*, sur Internet : www.innovations.ahrq.gov/resources/resources.aspx.

Bradley H et Gillham D (2008). Collaborative strategies to promote evidence based practice in a developing country, *Journal of the World Universities Forum*, vol. 1, n°5 : 83-87.

Callister LC (2009). Global Health And Nursing: How is Evidence-Based Decision Making Promoted for Childbearing Women in Australia?, *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, Vol. 34 n°2 (mars/avril) : 131 ss. 21 juillet 201 1, www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=848513.

Conseil international des infirmières (2011). New training method developed by ICN transforms TB care, *International Nursing Review*, Vol. 58 n°2 : 151-153. Juillet 2011: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-7657.2011.00911_2.x/pdf.

Coopey M, Nix MP, Clancy CM (2006). Translating Research Into Evidence-based Nursing Practice and Evaluating Effectiveness, *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 21 n°3 (juillet/septembre) : 195-202. Document PDF. 21 juillet 2011 : http://nursing201.pbworks.com/f/EBP+Coopey.pdf.

Gallagher-Ford L, Fineout-Overholt E Mazurek Melnyk B et Stillwell S (2011). Evidence-based practice step-by-step: Implementing an Evidence-based Practice Change, *American Journal of Nursing*, Vol. 111 n°3 (mars) : 54-60.

Greenhalgh T, Robert G, Mac Farlene F, Bate P et Kyraikidou O (2004). Diffusion of Innovation in service organisations: a systematic review and recommendations, *Milbank Quarterly*, Vol 82, 581-629.

Hannes K, Vandersmissen J, De Blaeser L, Peters G, Goedhuys J et Aertgeerts B (2007). Barriers to evidence-based nursing: a focus group study, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 60 n°2 (octobre) : 162-171.

Holleman G, Eliens A, Van Vliet M et Van Achterberg T (2006). Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: literature review, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 53 n°6 : 702–709.

Jordan Z (2009). The “Agonies of Evidence” in the Developing World, *PACEsetterS*, Vol. 6 n°2 (avril/juin) : 6-8. Juillet 2011: www.joannabriggs.edu.au/Documents/PACE6(2)2009.pdf.

Kaplan WA (2006). Can the ubiquitous power of mobile phones be used to improve health outcomes in developing countries?, *Globalization and Health*, Vol. 2 n°1. 21 juillet 2011, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16719925.

Ministère de la santé Nouvelle-Zélande (2011). *Better, Sooner, More Convenient Health Care in the Community*, Wellington (Nouvelle-Zélande). Juillet 2011: www.moh.govt.nz/moh.nsf/indexmh/better-sooner-more-convenient-health-care?Open

Oshana D (2006). *Evidence-based practice: A primer and resource guide*, Prevent Child Abuse America, Chicago (États-Unis). 11 juillet 2011 : http://member.preventchildabuse.org/site/DocServer/EBP_Primer_and_Resource_Guide.pdf?docID=161.

Somers A, Mawson S and Gerrish K, Schofield J, Debbage S et Brain J (2006).*The Simple Rules Toolkit (An educational tool designed to help staff differentiate between clinical audit, research and service review activities)*, Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Sheffield (Royaume-Uni). 11 juillet 2011 : http://tinyurl.com/5u5sqcv.

Stetler CB, Ritchie JA, Rycroft-Malone J *et al.* (2009). Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change, *Implementation Science*, Vol. 4 : 78. 11 juillet 2011: www.implementationscience.com/content/4/1/78.

Université de Pittesburgh (s.d.). *Training Program: Global Health and Under-served Populations Track. Internal Medicine Residency Program*. Juillet 2011 : www.residency.dom.pitt.edu/Program_Overview/tracks/globalhealth.html.

Université de Pittesburgh (s.d.). *Evidence-based medicine for developing countries project*. Sur Internet : www.residency.dom.pitt.edu/Program_Overview/tracks/docs/EBMDC.doc.