

Bureau de transfert
et d'échange de connaissances
Faculté des sciences infirmières

BTEC



Rapport de recherche
Des connaissances à la pratique, phase 1 :
Un Bureau de transfert et d'échange de connaissances
(BTEC) en pratique infirmière

btec.ulaval.ca



UNIVERSITÉ
LAVAL

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
Phase 1 : Des connaissances à la pratique (CAP)
Rapport final : Octobre 2007

Des connaissances à la pratique, phase 1 : Un Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) en pratique infirmière

Johanne Gagnon, inf., Ph.D.
Françoise Côté, inf., Ph.D.
Marlène Boily, inf., Directrice des soins infirmiers
Diane Morin, inf., Ph.D.
Clémence Dallaire, inf., Ph.D.
Marie-Pierre Gagnon, Ph.D.
Cécile Michaud, inf., Ph.D.
Marie Hatem, inf., Ph.D.

En collaboration :

Charlotte, Paquet, inf., Directrice-adjointe, M.Sc.
Ginette Mbourou, Ph.D.
Béatrice Eysermann, Ph.D.
Jocelyne Picard-Morin, inf., M.Sc.
Ève Dubé, Ph.D.
Sandra Racine, M.Sc. (étudiante)
Patricia Fournier, B.Sc. (étudiante)

Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC)
Faculté des sciences infirmière, Université Laval



Hôtel-Dieu de Lévis,
Centre hospitalier affilié universitaire à l'Université Laval



MESSAGES PRINCIPAUX (1 page max.)

1. Rendre visibles et accessibles les sources d'informations sur les unités :

- Recenser et actualiser les babillards, la documentation, les livres disponibles sur l'étage;
- Organiser et structurer les babillards et autres sources d'informations; demander l'aide, au besoin, d'une personne en communication;
- Prioriser l'achat de certains livres de référence; par ex. faire affaire avec une maison d'édition;
- Connecter les ordinateurs à Internet : informer sur les logiciels, certains sites web et les bases de données disponibles;
- Identifier clairement les ordinateurs connectés, leur localisation et les conditions d'accès; organiser visuellement le bureau de l'ordinateur pour un coup d'œil rapide;
- Permettre l'accès Internet à toutes les infirmières sur tous les quarts de travail.

2. Informer sur les ressources disponibles dans l'hôpital :

- Faire mieux connaître la bibliothèque; informer sur le travail des bibliothécaires;
- Se donner les conditions d'accès à la bibliothèque : horaires et disponibilité; services; indiquer les postes informatiques reliés à Internet, les logiciels et les bases de données disponibles; offrir la formation des bibliothécaires aux infirmières;
- Former les bibliothécaires à la démarche de recherche documentaire du BTEC;
- Permettre la consultation du catalogue de la bibliothèque et de l'offre de services par voie Intranet depuis les unités de soins;
- Entretien des liens étroits avec le centre de recherche; mieux diffuser les résultats des recherches.

3. Valoriser la recherche :

- Libérer du temps de certaines infirmières pour la recherche documentaire incluant la lecture d'articles (ex. : une fois par trimestre);
- Intéresser et mobiliser les infirmières à la recherche (souvent une vision étroite de la recherche);
- Diffuser les informations en lien avec la recherche de façon claire et systématique : raison d'être de la recherche, résultats, sources, pertinence et ce, sans présumer de l'intérêt ou du désintéressement des infirmières pour la recherche.

4. Intégrer toutes les infirmières au processus de recherche :

- Revaloriser le savoir pratique en privilégiant le travail en concertation; se doter d'un plan d'action
- Organiser des moments pour discuter les résultats probants de recherche vs l'expérience clinique;
- Faire de certaines, des infirmières-relais pour l'information;
- Créer des équipes dédiées, diversifiées (certaines plus cliniques, d'autres plus théoriques);
- Bien définir les rôles de chacune (ex. : IC font de la recherche documentaire de 1^{er} niveau et ICC de 2^e niveau, plus poussée); former ces personnes selon le niveau à acquérir (efficacité des rôles);
- Utiliser les projets des bacheliers en lien avec des recherches documentaires (plus scientifiques); effet d'entraînement;
- Se donner une conduite claire, babillard dédié;
- Mettre une personne ressource par quart de travail afin d'éviter l'isolement notamment de nuit.

5. Développer des compétences en TEC :

- Mieux se former sur l'utilisation de l'ordinateur (efficacité du temps à l'ordinateur et à la recherche documentaire);
- Se garder à jour par des lectures scientifiques;
- Se former au processus de recherche et à la lecture critique;
- Sensibiliser les maisons d'enseignement (Collèges, Universités du Québec et Université Laval) à la lecture critique d'articles scientifiques;
- Développer la compétence en transfert et échange de connaissances (TEC), du collège aux trois cycles universitaires;

RÉSUMÉ VULGARISÉ (1 page max.)

Des connaissances à la pratique, phase 1 : Un Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) en pratique infirmière

Les infirmières travaillant au quotidien auprès des personnes malades démontrent une compréhension fine de leurs besoins. De par leurs savoirs académique, pratique et expérientiel, elles sont dans une **position privilégiée** pour identifier les facteurs à même d'améliorer la qualité de vie des patients. Au besoin, face à un questionnement sur leurs soins, elles se tourneront vers des consoeurs plus expérimentées. Or cette pratique, bien que souvent efficace, n'est pas toujours optimale. En effet, les connaissances progressent rapidement en santé et de nombreux résultats de recherches scientifiques pourraient contribuer à améliorer les soins infirmiers. À l'heure actuelle, l'intégration de ces informations pour accéder à une pratique factuelle représente un défi de taille pour ces professionnelles de la santé. Pour combler cette lacune, nous avons proposé en 2005 un **partenariat université-centre hospitalier**. La reconnaissance de l'importance des pairs dans les prises de décision des infirmières et la nécessité d'y intégrer des données factuelles (données provenant de la recherche) ont servi d'assises à un **projet pilote financé** par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ).

En bref, il s'agit de demander au partenaire hospitalier d'identifier des infirmières qui pourraient servir de modèles aux autres et qui auraient un intérêt pour se former au transfert et à l'échange de connaissances. Ces personnes identifiées, nous avons par la suite procédé à l'identification de problèmes cliniques par des **groupes de discussion focalisée** avec des infirmières de deux unités de soins, soit médecine et pédiatrie. Cette étape a été suivie par un exercice de priorisation au cours duquel l'ensemble du personnel infirmier des unités concernées se prononçait sur l'importance et la priorité à accorder aux questions soumises. Sur une échelle de 4, la question qui obtenait le plus haut score devenait celle traitée en priorité. À cette étape, les infirmières désignées par leur établissement se rendaient à l'Université Laval, plus spécifiquement au **Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC)** pour se former à la recherche documentaire, l'analyse, la synthèse et la préparation d'un document contenant les plus récentes recommandations issues de la littérature scientifique. Tout au long de leur formation, elles tenaient leurs collègues au courant de leurs avancées.

Des **entrevues pré et post formation** ont permis d'identifier d'une part, des retombées en lien avec l'intégration de résultats de recherches scientifiques à la pratique infirmière; d'autre part des barrières et facteurs facilitants liés à ce mode d'acquisition des connaissances. Ces entrevues ont été réalisées auprès des infirmières formées et de quelques unes de leurs collègues.

Dans l'ensemble, les infirmières considèrent d'une manière très positive cette recherche. Les difficultés rencontrées lors de la formation et la perception négative du processus de recherche sont largement compensées par les compétences acquises et les résultats de l'application. De plus, il y a une amorce de changement dans les relations et les pratiques avec certains professionnels impliqués, dont les médecins. **En définitive**, les infirmières qui ont participé à cette étude affirment avoir recours plus facilement aux écrits scientifiques et y trouver plus rapidement réponses à leurs questions. Elles peuvent ainsi agir en qualité de personnes ressources auprès de l'ensemble du personnel infirmier de leur unité de soins respective.

RÉSUMÉ (3 pages max.)

Des connaissances à la pratique, phase 1 : Un Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) en pratique infirmière

Malgré des efforts importants, le savoir scientifique issu de la recherche reste encore peu intégré à la pratique infirmière. Il est désormais bien établi qu'il existe une lacune importante entre la production de données de recherche de grande qualité en matière de soins de santé, et leur accessibilité et utilisation ultérieure par les infirmières. Le processus de développement des capacités des milieux de soins à intégrer des données factuelles à la prise de décision clinique vise donc l'introduction de changements importants dans les pratiques des infirmières. L'approche que nous avons proposée en 2005 dans le cadre du concours de subventions « **Des connaissances à la pratique (CAP)** » des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), misait sur l'établissement d'un partenariat entre une université et un centre hospitalier. Ce partenariat a permis une première expérimentation sur deux unités de soins (médecine et pédiatrie) du centre hospitalier partenaire, soit le Centre hospitalier affilié, Hôtel-Dieu de Lévis (CHA-HDL).

La **formation sur mesure** de cinq infirmières cliniciennes (IC) et de deux infirmières cadres conseils (ICC) a constitué le principal objectif de performance de cette première phase de l'étude. Elle mise sur l'**approche d'apprentissage par problème** centrée sur les besoins de l'établissement et développée par le BTEC de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Le *modèle théorique de Bandura* ainsi que le *modèle conceptuel de prise de décision de DiCenso* ont guidé la démarche. Brièvement, cette entreprise maximise d'entrée de jeu la participation des équipes de soins, car elle débute avec une consultation auprès de l'ensemble des infirmières en vue de prioriser les questions d'ordre pratique. Ce sont ensuite ces questions qui sont traitées (analyse critique et synthèse de la littérature, formulation de pistes d'action et intégration des connaissances à la pratique infirmière) par les IC et les ICC lors des activités d'apprentissage.

Une double finalité est ainsi poursuivie : recommander des pratiques factuelles répondant aux besoins prioritaires identifiés par le milieu et assurer la durabilité du processus en formant des ressources internes habilitées à poursuivre ces activités avec leadership et autonomie. À terme, la complémentarité des formations et fonctions des IC et des ICC en fait des équipes efficaces qui savent s'attarder à des problèmes tant pratiques que scientifiques. Puis, les équipes sont alors habilitées à s'intégrer au réseau multidisciplinaire d'échange de connaissances. L'assistance technique fournie par le BTEC n'est alors plus aussi essentielle. Finalement, les personnes requérant des soins de santé pourront bénéficier des répercussions directes en terme de soins informées par des données factuelles.

Les **objectifs de cette première phase du projet** sont : 1) documenter l'implantation et la mise en œuvre de l'intervention pilote et 2) documenter respectivement les rôles des IC et des ICC en tant que modèles et leaders dans leur milieu en regard de la dissémination de résultats de recherche. L'**intervention pilote** s'est effectuée en **trois temps** : 1) recrutement des personnes ressources (leaders-ICC et modèles-IC) par l'établissement partenaire (CHA-HDL), 2) identification des besoins spécifiques des unités de soins concernées via un *groupe de discussion focalisée* et, 3) mise en place d'activités d'apprentissage respectant les principes d'*empowerment* (développer les capacités des personnes et des milieux). Cette démarche repose concrètement sur la reconnaissance explicite de l'expertise des unités de soins puis sur l'identification de leurs

lacunes et besoins de formation. Le **processus a deux avantages** : d'abord, comme les questionnements proviennent des infirmières, ils reflètent des besoins réels et tangibles parfois ignorés par les chercheurs; ensuite, les réponses ne leur sont pas imposées, ce qui suscite leur collaboration et leur enthousiasme.

Dans ce cadre, nous avons développé un **modèle interactif** d'appropriation des connaissances scientifiques par le milieu, nous avons cerné certaines difficultés et trouvé ensemble des solutions. L'**évaluation formative** a été retenue pour évaluer l'efficacité de la conception et de la gestion du modèle, et identifier des facteurs qui pourraient avoir des répercussions sur son efficacité, sa rentabilité et son efficacité. **Deux moyens d'évaluation** sont relatifs aux objectifs de cette étude : l'**observation sur le terrain** et des **entrevues semi dirigées**, pré et post implantation, réalisées auprès de 13 infirmières (pré) et 12 infirmières (post). Parmi ces 25 infirmières, six ont participé aux deux entrevues. Au total, 19 infirmières ont accepté de participer à l'étude et sept ont eu la formation au BTEC (intervention pilote).

Au cours de cette première année, soit la phase 1 du projet, **cinq IC** et **deux ICC** ont été formées, alors qu'elles ont répondu à **quatre questions cliniques**. **Pour les infirmières formées**, l'intérêt et la motivation à poursuivre dans la voie de la recherche documentaire, afin de trouver des réponses à leurs questionnements, semblent relatifs à trois choses : l'intérêt pour la recherche dans la pratique, l'accessibilité à l'information, et la faisabilité de la recherche pendant le temps de travail. Il semblerait cependant que cet intérêt puisse être augmenté par le biais de formations encadrées sur des questions ciblées (type BTEC), et par la libération des infirmières pour leur donner du temps pour la recherche documentaire. **Pour les autres infirmières interrogées**, l'analyse des entrevues démontre que le stage au BTEC a permis d'intégrer certains résultats de recherche dans la pratique et d'illustrer sa pertinence ou son intérêt pour les infirmières dans le cadre de leur pratique. Certaines ont ainsi pu développer un point de vue plus positif en la matière. Si l'information est prête à être utilisée et que l'application demeure concrète avec des résultats immédiats, les infirmières des unités s'y intéressent. En effet, certaines infirmières n'ayant pas suivi la formation considèrent positivement le travail avec des résultats de recherche et le croient même nécessaire. Elles le voient comme une contribution pour améliorer et faire évoluer la profession et les pratiques, pour augmenter la qualité des soins et pour promouvoir l'autonomie des infirmières.

Par ailleurs, **les barrières à l'intégration des résultats de recherche** évoquées par les infirmières sont de nature diverse : (i) individuelle telles les valeurs, les habiletés, la mise à jour, la résistance au changement; (ii) organisationnelle telles la structure des milieux, le soutien, le temps, l'accès à Internet et aux bases de données; (iii) méthodologique à cause des méthodes et du processus de recherche et finalement, (iv) communicationnelle par le manque d'accessibilité et de vulgarisation des recherches. **Les facteurs facilitant cette intégration** font écho aux barrières soulevées par les répondantes.

Dans l'ensemble, les infirmières considèrent de manière très positive cette recherche. Les difficultés rencontrées lors de la formation et la perception a priori négative du processus de recherche sont largement compensées par les compétences acquises et les résultats de l'application. De plus, il y a une amorce de changement dans les relations et les pratiques avec certains professionnels impliqués, dont les médecins. **En définitive**, les infirmières qui ont participé à cette étude affirment avoir recours plus facilement aux écrits scientifiques et y trouver plus rapidement les réponses à leurs questions. Elles peuvent ainsi agir en qualité de personnes ressources auprès de l'ensemble du personnel infirmier de leur unité de soins respective.

Cette application de la recherche est particulièrement remarquable en pédiatrie où les résultats obtenus lors de la formation au BTEC sont déjà appliqués dans la pratique quotidienne. Les questions des infirmières de cette unité concernaient en priorité **deux processus présents lors d'un épisode de gastroentérite : la déshydratation/réhydratation puis la réintroduction des aliments**. La pratique en vigueur avant le stage BTEC était l'installation d'un soluté chez tous les enfants se présentant à l'urgence avec une gastroentérite. Pour ceux qui étaient hospitalisés, la réintroduction des aliments se faisait graduellement aux six heures selon la tolérance de l'enfant passant de la diète 1, pédiolyte seulement, à la diète 4, normale. Or, pendant leur formation, les infirmières ont trouvé des données probantes qui remettaient ces pratiques en question. En effet, selon les plus récents écrits scientifiques sur le sujet, la réhydratation par voie orale (RVO) est recommandée pour les déshydratations légères à modérées, tandis que la voie intraveineuse (RVI) est réservée aux déshydratations sévères. Bien qu'en terme d'efficacité, ces deux thérapies soient similaires, la durée de séjour plus longue et les événements défavorables associés à la voie intraveineuse avantagent la réhydratation par voie orale. En regard de la réintroduction des aliments, une réintroduction rapide, c'est-à-dire quatre heures après l'hydratation, est à privilégier.

Fortes de ces données probantes de recherche, les infirmières ont modifié leurs soins. Qui plus est, la pratique médicale s'est adaptée en collaborant à la mise en application des résultats notamment par les urgentologues. Suite à la formation BTEC, la RVO est privilégiée et la diète habituelle de l'enfant est recommandée et introduite plus rapidement. Une autre conséquence fort intéressante est la diminution du temps d'hospitalisation observée par les infirmières depuis ces changements de pratiques.

En guise de conclusion, nous pouvons affirmer que ce projet d'application des connaissances est important, car il a été conçu pour contribuer à améliorer l'utilisation de résultats probants dans la pratique infirmière. Il a été réalisé par des chercheurs universitaires, des infirmières cadres et cliniques ainsi que des décideurs en soins infirmiers. Cette complicité assure un ancrage scientifique, un accès aux établissements de santé et un levier de décision extrêmement important. De plus, il devient prioritaire d'évaluer la faisabilité d'interventions de cette nature, initiées directement dans les milieux de pratique, afin d'intégrer concrètement les résultats de recherche à la pratique infirmière. Il est donc fort pertinent de mener une étude de mise en place d'une telle intervention. Bien que l'évaluation formative puisse paraître une limite de la présente étude, force est de reconnaître qu'elle a permis d'anticiper la faisabilité d'une telle entreprise vers d'autres unités de soins (phase 2) et d'y intégrer ultérieurement une recherche évaluative de plus grande envergure qui visera à en mesurer l'impact plus général à plus long terme (phase 3).

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGES PRINCIPAUX.....	i
RÉSUMÉ VULGARISÉ.....	ii
RÉSUMÉ	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	vi
REMERCIEMENTS.....	viii
INTRODUCTION	1
1. CONTEXTE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES	1
2. CADRE THÉORIQUE.....	3
..... 2.1 Modèle de prise de décision (DiCenso et al., 1998).....	4
..... 2.2 Théorie sociale cognitive (Bandura, 1986)	4
3. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	4
..... 3.1 Intervention pilote	5
..... 3.1.1 Recrutement des personnes ressources	6
..... 3.1.2 Identification des besoins des unités de soins	6
..... 3.1.3 Activités d'apprentissage	6
..... 3.2 Évaluation formative	7
..... 3.2.1 L'observation	7
..... 3.2.2 Les entretiens semi-structurés.....	8
..... 3.3 Échantillonnage.....	9
4. RÉSULTATS	9
..... 4.1 Portrait des répondantes	9
..... 4.2 Évolution de la pratique	10
..... 4.2.1 Perceptions de l'évolution de la pratique	10
..... 4.2.2 Besoins en formation.....	11
..... 4.3 Analyse comparative thématique des entretiens pré et post implantation.....	13
..... 4.3.1 Retour sur la formation au BTEC (stage pratique)	14
..... 4.3.1.1 Niveau d'intérêt au terme de la formation et barrières dépassées	14
..... 4.3.1.2 Connaissances et aptitudes acquises.....	16
..... 4.3.1.3 Confiance en soi et relations avec les tiers	17
..... 4.3.1.4 Satisfaction du stage et manques soulevés	18
..... 4.3.1.5 Degré de sensibilisation des autres infirmières à la formation BTEC.....	19
..... 4.3.1.6 Appréciation des inf. en regard des participantes à la formation	20
..... 4.3.2 Stratégies de prises de décision	20
..... 4.3.2.1 Processus oral seulement (consultation à un tiers)	22
..... 4.3.2.2 Consultations d'écrits ou d'Intranet	22
..... 4.3.2.3 Utilisation des bases de données informatiques	23
..... 4.3.2.4 Consultations d'écrits et d'Internet en dehors des heures de travail	24

.....	4.3.3 Intégration des résultats de recherche dans la pratique	25
.....	4.3.3.1 Application des résultats sur les unités suite à la formation BTEC.....	25
.....	4.3.3.2 Avantages concrets pour la pratique infirmière.....	27
.....	4.3.3.3 Changements consécutifs à l'application des résultats.....	28
.....	4.3.4 Barrières à l'intégration des résultats de recherche dans la pratique	29
.....	4.3.4.1 Barrières personnelles	29
.....	4.3.4.2 Barrières organisationnelles	31
.....	4.3.4.3 Barrières liées à la recherche.....	35
.....	4.3.5 Facteurs facilitant l'intégration des résultats de recherche à la pratique.....	37
.....	4.3.5.1 Facteurs facilitants liés à la personne	38
.....	4.3.5.2 Facteurs facilitants liés à l'organisation	38
.....	4.3.5.3 Facteurs facilitants liés à la recherche	40
.....	4.4 Synthèse des résultats.....	42
	5. DISCUSSION	42
.....	5.1 Caractéristiques d'une infirmière influente.....	42
.....	5.2 Infirmière cadre conseil.....	43
	CONCLUSION.....	45
	RÉFÉRENCES.....	48
	LISTE DES ANNEXES	50
	ANNEXE A : Schéma du mode opératoire	
	ANNEXE B : Modèle de prise de décision (DiCenso et al., 1998)	
	ANNEXE C : Approbation du comité éthique de la recherche (CHA-HDL)	
	ANNEXE D : Grille du groupe de discussion focalisée	
	ANNEXE E : Feuillet d'information pour le groupe de discussion focalisée	
	ANNEXE F : Formulaire de consentement	
	ANNEXE G : Grille de consultation suite au groupe de discussion focalisée (médecine)	
	ANNEXE H : Grille de consultation suite au groupe de discussion focalisée (pédiatrie)	
	ANNEXE I : Priorisation de la question (médecine)	
	ANNEXE J : Priorisation de la question (pédiatrie)	
	ANNEXE K : Schéma du processus de TEC	
	ANNEXE L : Grille d'observation sur le terrain	
	ANNEXE M : Guide d'entrevue pré implantation	
	ANNEXE N : Guides d'entrevue post implantation	
	ANNEXE O : Feuillet d'information pour les entrevues	
	ANNEXE P : Tableau des caractéristiques de l'ensemble des répondantes	
	ANNEXE Q : Tableaux synthèses des résultats (retour sur la formation et intégration de la recherche)	
	ANNEXE R : Tableau synthèse des résultats (barrières et facteurs facilitant l'intégration)	
	ANNEXE S : Savez-vous que?	
	ANNEXE T : Dîner causerie	
	ANNEXE U : Rapport 7 - Les facteurs prédictifs à la désaturation nocturne chez les pts. MPOC	
	ANNEXE V : Rapport 8 - Les soins aux enfants ayant une gastroentérite	
	ANNEXE W : Rapport 9 - Interventions diminuant les réadmissions des patients MPOC	
	ANNEXE X : Rapport 11 - Les méthodes d'aspiration des sécrétions des enfants atteints de bronchiolite	
	ANNEXE Y : Budget	

REMERCIEMENTS

Nous désirons d'abord remercier très chaleureusement les infirmières des unités de soins de médecine et de pédiatrie du Centre hospitalier affilié universitaire, Hôtel-Dieu de Lévis (CHA-HDL) ainsi que les infirmières cadres conseils de ces deux spécialités. Sans leur collaboration, cette recherche n'aurait pu être réalisée. Nos remerciements s'adressent également à la coordonnatrice du BTEC, Madame Ginette Mbourou. Par ses efforts soutenus, elle a facilité la formation et le suivi des infirmières stagiaires. De même, cette recherche n'aurait pu se réaliser sans l'apport des professionnelles et assistantes de recherche qui, par leur professionnalisme, nous ont permis d'atteindre les objectifs.

La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ). De plus, cette recherche a bénéficié des infrastructures du BTEC de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval (FSI-UL); Bureau financé principalement par des établissements partenaires du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL). Cette recherche a également bénéficié de la collaboration financière de plusieurs organismes et institutions. Nous tenons à remercier spécifiquement la Direction des soins infirmiers du centre hospitalier affilié universitaire, Hôtel-Dieu de Lévis.

INTRODUCTION

Cette étude a été réalisée afin de répondre à des préoccupations soulevées par les milieux cliniques et par le fait même, d'évaluer la mise en œuvre du Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Plus précisément, pour la phase 1 de cette étude, l'évaluation formative a été retenue pour documenter la conception et la mise en œuvre d'activités d'intégration de résultats de recherche à la pratique infirmière. L'approche proposée misait sur l'établissement d'un partenariat entre une université et un centre hospitalier. Ce rapport expose d'abord le contexte et la problématique à la base de ces préoccupations. Ensuite, le cadre théorique, la méthode et les résultats sont présentés. Ce rapport conclut par les constats principaux qui se dégagent des travaux réalisés, et par la formulation de recommandations pour la pratique, la formation et la recherche en transfert et échange de connaissances (TEC).

1. CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE

Bien que le transfert technologique ait marqué une avancée intéressante dans l'application des connaissances dans le domaine de la santé, des lacunes perdurent. Ce procédé implique effectivement une démarche unidirectionnelle qui laisse trop souvent l'utilisateur passif face au chercheur, lequel transfère ses résultats en misant essentiellement sur la transmission d'habiletés techniques spécifiques¹. Cette constatation est principalement vraie chez les infirmières. En effet, le domaine des soins infirmiers demeure caractérisé par une faible utilisation des résultats probants fournis par la littérature spécialisée. Plutôt, on note que les infirmières basent principalement leurs décisions sur l'expérience clinique^{2 3 4 5}. Pourtant, avec l'actuel essor que connaît le mouvement de la pratique basée sur des résultats probants (*evidence-based practice*), un meilleur recours aux connaissances issues de la recherche pourrait constituer un atout dans le renouveau des pratiques infirmières.

Diverses tentatives visant à comprendre le décalage entre ce courant de pensée d'une part, et sa traduction concrète dans la pratique professionnelle d'autre part, ont permis de constater que, de plus en plus, on privilégie l'échange de connaissances; processus dans lequel l'ensemble des partenaires est actif⁶. Toutefois, malgré l'amélioration que l'échange de connaissances propose, son fonctionnement demeure sous optimal pour au moins deux motifs. D'abord, l'utilisateur n'est généralement guère en mesure d'accéder rapidement aux résultats bruts. Ensuite, des professionnelles telles les infirmières ont peu, voire pas du tout, développé les habiletés de base pour devenir des partenaires actives dans un processus d'échange de connaissances. Les raisons invoquées sont de nature diverse : (i) individuelle, telles les valeurs, les habiletés, la volonté de se mettre à jour; (ii) organisationnelle,

telles la structure des milieux, le soutien, le manque de temps; (iii) méthodologique à cause des méthodes et du processus de recherche et finalement, (iv) communicationnelle, par le manque d'accessibilité et de vulgarisation des recherches^{7 8}. À cet effet, Fink Thompson et Bonnes (2005)⁹ rapportent que le manque de soutien et de *mentorship* relatif à la dissémination de résultats de recherche dans la pratique infirmière, est l'une des plus importantes barrières à l'utilisation de la recherche par les infirmières. D'autres études sur les facteurs influençant la dissémination des preuves dans la pratique professionnelle arrivent au même constat^{10 11 12}.

Notre expérience de même que la recherche nous montrent toutefois que lorsque les infirmières sont mises dans des situations favorables, elles sont désireuses d'intégrer des savoirs scientifiques à leur pratique, y voyant ainsi la possibilité d'améliorer leurs soins^{13 14 15}. Les infirmières se questionnent effectivement à propos d'éléments relevant de leur propre pratique mais aussi relevant d'autres disciplines, qu'il s'agisse des domaines médicaux ou psychosociaux. Or, à l'heure actuelle, leur source de réponse principale demeure le savoir clinique de leurs collègues infirmières¹⁶. Face à l'étendue multidisciplinaire de ces questionnements et à l'approche trop circonscrite des infirmières (savoir basé principalement sur l'expérience clinique), le recours aux pairs apparaît sous-optimal et le transfert technologique ne s'avère pas une solution efficiente. L'échange de connaissances, pour sa part plus intéressant car plus inclusif, demeure cependant difficilement applicable en raison du manque d'habiletés de base des infirmières. C'est pourquoi, nous croyons qu'il est essentiel de former des mentors « infirmiers » au transfert et à l'échange de connaissances (TEC), aptes à disséminer les résultats de recherche et à soutenir les infirmières en ce sens.

Pour y arriver, nous proposons la nécessité d'un travail en amont pour permettre aux infirmières d'accéder à des stratégies d'échange de connaissances et de dissémination de résultats de recherche. En ce sens, une collaboration entre des professeurs chercheurs de la FSI-UL et des établissements partenaires du RUIS-UL a permis de mettre sur pied une innovation unique visant le transfert et l'échange de connaissances : le Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC). Il s'agit d'une structure régionale et interinstitutionnelle, dont le but est l'intégration d'évidences ou de preuves scientifiques à la pratique des infirmières. Plus spécifiquement, le BTEC est un centre de formation et d'expertise en TEC alliant milieux professionnels et de recherche. Il propose diverses activités de formation et de recherche basées sur les savoirs pratiques des infirmières et axées sur l'utilisation de connaissances provenant de la recherche (données factuelles ou résultats probants). Par ses activités de formation et de recherche, le BTEC devient porteur d'éléments de solutions face

aux différents questionnements cliniques, de gestion ou de formation. Ces nouvelles connaissances ont pour effet d'appuyer et d'améliorer la prise de décision fondée sur des résultats probants. Ainsi, tout en formant et en accompagnant les infirmières, le BTEC fait le pont entre leurs questionnements, d'une part, et les réponses fournies par les recherches scientifiques, d'autre part (Schéma 1 –Annexe A).

Afin d'évaluer ce modèle interactif de TEC, un partenariat entre la FSI-UL et le Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis (CHA-HDL) a été établi. Dans la Phase I de l'intervention, des infirmières cliniciennes (IC)^a et des infirmières cadres conseils (ICC)^b de l'établissement sont appuyées par le BTEC dans une démarche visant l'émergence de questions de recherche, l'acquisition de connaissances et le développement d'habiletés nécessaires à la compréhension et à la dissémination des résultats de recherche. La formation de ces membres clés (IC et ICC) est un point focal, car même si elle ne concerne pas toutes les infirmières, elle présente le potentiel de les atteindre toutes. En effet, l'esprit de collégialité caractérisant la profession infirmière devient ici une force, car il mise sur la tendance intrinsèque qu'ont les infirmières de soins à recourir à l'IC de l'unité, qui fait alors office de modèle en matière de pratiques exemplaires. Dans cette équipe, l'IC compte sur l'ICC en tant que conseillère scientifique. Le personnel du BTEC, constitué d'une coordonnatrice, de professeurs chercheurs et d'étudiants, vient soutenir l'équipe clinique du CHA-HDL dans leur démarche d'appropriation des connaissances afin d'agir comme équipe-modèle dans l'exercice d'une pratique fondée sur des résultats probants. Cette notion de modèle ou de *mentorship* est largement reconnue dans la littérature comme déterminant de l'adoption de pratiques basées sur l'évidence ou la preuve^{17 18 19 20 21 22}.

2. CADRE THÉORIQUE

Élaboré par Cochrane au cours des années 70, le **concept de la pratique basée sur les résultats probants** a connu des développements multiples au cours des années. Ainsi, plusieurs définitions en ont été proposées, la plus fréquente est celle de Sackett et al. (1996)²³. Cette définition spécifie que la médecine basée sur les résultats probants consiste en l'utilisation consciencieuse, formelle et judicieuse des meilleures preuves scientifiques dans les prises de décisions concernant les soins aux patients. Le Forum national sur la santé (1997)²⁴ ajoute que la prise de décision basée sur des résultats probants constitue un aspect primordial d'un système de santé efficient, équitable et

^a L'infirmière clinicienne (IC) est une infirmière détenant un poste exigeant un baccalauréat.

^b L'infirmière cadre conseil (ICC) est une infirmière détenant un poste exigeant une maîtrise.

fonctionnel. Goulet et al. (2004)²⁵ précisent, pour leur part, qu'il s'agirait également de combiner l'expertise clinique individuelle aux meilleures preuves provenant de revues systématiques. À ce propos, Ingersoll (2000)²⁶ note que la notion de revue systématique basée sur la recherche a souvent été interprétée à tort comme exigeant qu'il y ait des essais cliniques randomisés, alors qu'elle réfère plutôt à la nécessité de recherches rigoureuses et de devis adéquats.

Dans le cadre de ce projet, deux modèles nous ont permis de conceptualiser cette pratique basée sur des résultats probants : le modèle de prise de décision de DiCenso et al. (1998) et la théorie sociale cognitive de Bandura (1986).

2.1 MODÈLE DE PRISE DE DÉCISION DE DICENSO

Un argumentaire novateur apporté par la science infirmière réfère la pratique basée sur des résultats probants à celle qui intègre à la fois l'utilisation de données issues de la recherche, celle de savoirs provenant de l'expertise clinique infirmière et celle des connaissances des clientèles^{27 28 29}. À ces trois éléments, DiCenso et al. (1998)³⁰ ajoutent la nécessité de prendre en compte les contraintes liées aux ressources³¹. Ainsi, tel qu'appliqué au domaine infirmier et inspiré du **modèle de DiCenso**, le principe d'utilisation des résultats probants pour l'amélioration des pratiques devrait se traduire par l'intégration des meilleures preuves scientifiques à l'expertise clinique, aux valeurs, aux préférences et aux caractéristiques des patients et de leur famille, tout en tenant compte des contraintes liées aux ressources existantes (Schéma 2- Annexe B).

2.2 THÉORIE SOCIALE COGNITIVE DE BANDURA

En plus du modèle de prise de décision de DiCenso (1998), nous utilisons la **théorie sociale cognitive de Bandura** (1986)³² comme stratégie d'apprentissage. En effet, cette théorie s'avère particulièrement intéressante pour comprendre la manière dont s'effectue l'acquisition des habiletés et pour cerner les compétences à enseigner³³. De plus, Bandura (1986) a démontré qu'une réponse peut être apprise plus rapidement si un modèle est fourni. La contribution des pairs comme modèles dans différents programmes d'éducation pour la santé est donc recommandée³⁴. Dans la présente étude, l'IC sert de modèle aux infirmières de soins, et l'ICC sert de modèle aux IC.

3. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Plusieurs modèles d'utilisation des connaissances scientifiques sont utilisés dans la pratique clinique³⁵. En résumé, pour que les nouvelles connaissances soient utilisées, elles doivent être

diffusées de façon large et constante, afin que se créent les conditions intellectuelles propices à leur utilisation. Il est donc souhaitable que l'utilisation des connaissances scientifiques se réalise dans un processus d'échanges et de collaboration entre les acteurs. En effet, le passage des connaissances à la pratique devrait se faire à travers le soutien que ces connaissances apportent aux acteurs et aux groupes dans la réponse à leurs questions. Il relève de processus d'échanges qui se réalisent à partir d'interactions soutenues, fréquentes et actives tout au cours du processus de définition des questions de recherche à son utilisation dans la pratique³⁶.

Ainsi, l'approche méthodologique proposée misait sur l'établissement d'un partenariat entre une université et un centre hospitalier. Le **partenaire hospitalier** est le CHA-HDL qui comprend 343 places autorisées au permis. Il regroupe 60 spécialités cliniques. Son personnel infirmier compte 584 infirmières avec diplôme d'études collégiales, 146 avec baccalauréat, 11 avec maîtrise dont 8 qui occupent des postes d'ICC. Le **partenaire universitaire** est la FSI-UL via le BTEC. Le personnel du BTEC est constitué d'une coordonnatrice, de professeurs chercheurs et d'étudiants.

L'**objectif principal** de cette étude est d'évaluer, de manière formative, une intervention pilote de dissémination de résultats de recherche dans la pratique infirmière (théorie de Bandura) et de favoriser ainsi l'intégration de données factuelles à la prise de décision clinique (modèle de DiCenso) des infirmières oeuvrant au CHA-HDL. Les **objectifs secondaires** sont de : 1) documenter l'implantation et la mise en œuvre de l'intervention pilote, notamment grâce à l'inventaire des barrières et des facteurs facilitant l'utilisation de la recherche dans la pratique infirmière; 2) documenter le rôle de l'ICC comme personne ressource (leader) dans son milieu en regard de la dissémination de résultats de recherche; et 3) documenter le rôle des IC comme modèles auprès des infirmières de soins de leur unité en regard de la dissémination de résultats de recherche. Ce projet a fait l'objet d'approbation de la part du comité d'éthique de la recherche du CHA-HDL (Annexe C).

3.1 INTERVENTION PILOTE

L'*intervention pilote* (modèle interactif d'utilisation de la recherche ou d'appropriation des connaissances scientifiques par le milieu) s'est effectuée en trois temps : 1) recrutement des personnes ressources (leaders-ICC et modèles-IC) par l'établissement partenaire (CHA-HDL), 2) identification des besoins spécifiques des unités de soins concernées (médecine et pédiatrie) qui feront l'objet de la formation au BTEC et, 3) mise en place d'activités d'apprentissage respectant les principes d'*empowerment* (développer les capacités des personnes et des milieux). Voyons brièvement chacune de ces phases.

3.1.1 RECRUTEMENT DES PERSONNES RESSOURCES

D'abord, pour le *recrutement des infirmières cadres conseils (ICC)*, celles-ci ont été choisies dans les deux unités de soins sélectionnées par l'établissement, soit la pédiatrie et la médecine. Puis, pour le *recrutement des infirmières cliniciennes (IC)*, chacune des deux unités de soins partenaires ont procédé à l'identification de deux personnes prêtes à s'impliquer activement et à s'engager dans ce projet notamment en participant à un stage (diverses activités de formation) de 20 jours au BTEC. L'emphase était mise sur les forces présentes dans le milieu en travaillant avec les personnes présentant une bonne expertise terrain, une crédibilité sans faille et des attitudes favorables à l'égard des résultats probants. L'intervention pilote a donc permis de former cinq IC^c et deux ICC.

3.1.2 IDENTIFICATION DES BESOINS DES UNITÉS DE SOINS

Par la suite, la phase d'*identification des besoins*, essentielle à l'adaptation de l'intervention aux besoins du milieu, touche l'ensemble du personnel infirmier des unités de soins concernées afin de favoriser une appropriation maximale du modèle. L'évaluation des besoins en matière de données factuelles s'est réalisée sous la forme de *groupes de discussion focalisée* menés auprès de chaque équipe de soins (Annexe D). Six infirmières volontaires de chaque unité ont participé à leur groupe de discussion focalisée respectif. Un feuillet d'information (Annexe E) a été remis et un consentement (Annexe F) a été signé par chaque participante. Les questionnements ont ensuite été regroupés et consignés sur une grille développée à cet effet (Annexes G et H). Puis, chaque infirmière des deux unités concernées a été appelée à examiner ces propositions et à se prononcer sur l'importance et l'aspect prioritaire des besoins identifiés. Douze infirmières en médecine et dix en pédiatrie ont participé à la priorisation des questions. Le retour des questionnaires faisait foi de leur consentement. Les deux questionnements qui ont obtenu les indices les plus élevés (Annexes I et J) ont été travaillés par les personnes recrutées (dyades ICC-IC) lors des activités de formation qui ont eu lieu au BTEC.

3.1.3 ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

L'approche éducationnelle préconisée lors des *activités d'apprentissage* faisait appel à la *Théorie sociale cognitive de Bandura* misant sur l'augmentation progressive des niveaux de complexité des tâches, favorisant l'apprentissage par observation de modèles et menant à un niveau grandissant d'autonomie et d'efficacité personnelle; une approche visant *l'empowerment* des personnes et des milieux. Pour chaque dyade (ICC-IC), les activités d'apprentissage se sont déroulées une fois par

^c Une IC a été formée grâce à une subvention de la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ).

semaine pour un total de 20 jours. Ce délai entre les activités permet aux infirmières de consolider les habiletés et connaissances acquises. Un accompagnement soutenu du BTEC favorise l'appropriation de savoirs, leur adaptation aux réalités cliniques et facilite les réajustements nécessaires au modèle. Les activités et ressources adaptées du BTEC contribuent ainsi à construire la capacité des infirmières et, en corollaire, celle du milieu clinique partenaire (*empowerment*).

En somme, cette intervention, réalisée en trois temps, maximise d'entrée de jeu la participation active des infirmières, car elle débute avec une consultation auprès d'elles en vue de prioriser les questions d'ordre pratique. Ces questions sont alors traitées et adaptées au milieu de soins (analyse critique et synthèse de la littérature, formulation de pistes d'action et intégration des connaissances à la pratique professionnelle) par les personnes ressources identifiées dans chacun des milieux et formées lors des activités d'apprentissage (Schéma 3 – Annexe K). Pour ce faire, des mots clés sont choisis, des bases de données pour la recherche documentaire sont sélectionnées et des recherches en lien avec la question priorisée sont analysées à l'aide d'outils de critique conçus par le BTEC. Par la suite, un compte-rendu accompagné de recommandations ou de pistes d'action pour la pratique est élaboré, permettant ainsi aux infirmières de raffiner leur pratique respective à partir de résultats probants (*modèle de prise de décision de DiCenso*).

3.2 ÉVALUATION FORMATIVE

Alors qu'une évaluation dite sommative tente de mesurer des résultats terminaux en regard des objectifs originels, l'évaluation formative porte plutôt sur les aspects conceptuels, organisationnels et opérationnels du programme³⁷. Cette forme d'évaluation est généralement préalable à la première puisque les connaissances ainsi générées permettent de tirer des conclusions et de concevoir des méthodes pouvant appuyer l'évaluation sommative. Pour la phase 1 de la présente étude, **l'évaluation formative** a donc été retenue pour évaluer l'efficacité de la conception et de la gestion du modèle, et identifier des facteurs qui pourraient avoir des répercussions sur son efficience, sa rentabilité et son efficacité. Ces facteurs seront ensuite évalués dans une phase ultérieure. Deux moyens d'évaluation sont relatifs aux trois objectifs secondaires de cette étude : l'observation sur le terrain et des entrevues semi dirigées.

3.2.1 L'OBSERVATION

L'*observation* sur le terrain a permis de colliger des informations susceptibles d'éclairer la compréhension du milieu naturel dans lequel prend place l'intervention, soit les unités de médecine

et de pédiatrie du CHA-HDL. Ainsi, le personnel de recherche, accompagné de la dyade infirmière de chaque unité (ICC-IC), fait l'inventaire des ressources présentes dans leur milieu (conditions environnementales particulières). Ensemble, ils vérifient leurs acquis en terme d'infrastructure (espace de travail), de matériel informatique (ordinateur et logiciels), de documentation pertinente (rapports, revues, articles, dépliants). Cette connaissance est primordiale en ce que les activités d'apprentissage soient optimisées par la capacité initiale du milieu à comprendre ses forces et faiblesses³⁸. À cette fin, une grille d'observation (Annexe L), développée et validée par les chercheuses, a permis (i) de décrire le contexte des deux unités exposées au BTEC (obj. 1), et (ii) d'identifier les rôles (obj. 2 et 3) des différents acteurs qui y gravitent (ICC, IC, infirmières ou autre personnel). L'observation a été complétée par des notes de terrain qui ont permis de décrire concrètement ce qui a été vu et entendu dans les unités participantes. Dans le but d'uniformiser le contexte de la collecte de données, deux périodes d'observation ont eu lieu, la 1^{ère} avant l'implantation et la 2^e à la fin de l'intervention.

3.2.2 LES ENTREVUES SEMI STRUCTURÉES

L'entrevue a été retenue comme mode de collecte de données pour cette première phase du projet, parce qu'elle est une voie privilégiée pour saisir le point de vue des acteurs, leurs représentations et le sens qu'ils donnent à leurs conduites³⁹. L'*entrevue semi dirigée ou semi structurée* a donc été utilisée auprès d'infirmières de soins pour identifier leurs sources d'information lors de la prise de décisions cliniques (obj. 1), leurs perceptions de l'intégration de résultats de recherche dans leur pratique quotidienne (e.g. obstacles, facteurs facilitants, besoins de formation), et leurs perceptions quant au rôle de l'ICC et de l'IC (obj. 2 et 3). Deux séries d'entrevues ont eu lieu respectivement avant l'implantation (Annexe M) et à la fin de l'intervention (Annexe N). Les entrevues avaient une durée moyenne de 45 minutes et ont été enregistrées sur audio-cassettes. Avant l'entrevue, un feuillet d'information (Annexe O) est remis et un consentement est également signé (Annexe F).

Pour les infirmières qui ont participé à l'intervention (dyades ICC-IC), le même mode de collecte de données (entrevues pré et post intervention) a servi à documenter leurs perceptions quant à leur apprentissage en regard de la dissémination des résultats de recherche (obj. 1) et l'évolution de leurs perceptions quant à leur rôle dans le transfert et l'échange de connaissances sur leur unité respective auprès des infirmières de soins (obj. 2 et 3). Lors de la seconde entrevue, des thèmes ont aussi été ajoutés pour les IC et ICC qui ont participé à l'intervention dans le but de recueillir des informations quant à leur satisfaction à l'égard de l'intervention. Ces thèmes ont touché 1) le vécu des partici-

pantes à l'égard des services reçus (réflexions), 2) leurs perceptions de l'organisation du BTEC (stratégies de diffusion, interactions entre acteurs), 3) leur appréciation globale du BTEC, et 4) leurs perceptions des conséquences de l'intégration de preuves scientifiques sur leur pratique.

3.3 ÉCHANTILLONNAGE

Pour les entrevues semi dirigées, les infirmières ont été sélectionnées à partir d'un échantillon par choix raisonné (théorique), c'est-à-dire sur une base volontaire, selon le jugement du chercheur et de manière à répondre aux besoins de la recherche. Comme *critères de sélection*, les IC qui ont suivi la formation au BTEC possèdent un baccalauréat et détiennent un poste de clinicienne sur l'une des deux unités de soins participantes (n=2 par unité). Les ICC possèdent une maîtrise et détiennent un poste de cadre conseil en lien avec l'une des deux spécialités concernées (n=1 par spécialité, médecine et pédiatrie). Les infirmières de soins pour leur part, détiennent un poste régulier d'infirmière sur l'une des deux unités participantes. Elles peuvent posséder un diplôme d'études collégiales en techniques infirmières (infirmières soignantes) ou un baccalauréat (IC) (n=5 par unité).

4. RÉSULTATS

L'analyse des données recueillies lors de l'*observation* sur le terrain et des *entrevues semi structurées* a été effectuée à partir du logiciel N-Vivo et repose sur le modèle interactif proposé par Huberman et Miles (1991)⁴⁰. Cette analyse a débuté par une lecture flottante. Cette lecture répétée a permis de se familiariser avec le matériel et d'en cerner la logique et le sens. Par la suite, des unités d'analyse thématiques sont formées. Les données recueillies sont rendues analysables aux moyens de codes, de schémas d'ensemble et de formats récapitulatifs communs à tous les sujets. Dans les sections qui suivent, nous décrivons les caractéristiques des répondantes et de leur milieu de pratique (médecine ou pédiatrie). Puis, l'évolution de la pratique et les besoins de formation exposés lors des premières entrevues (n=13) seront présentés. Ensuite, une analyse comparative thématique des premières et deuxièmes entrevues sera décrite (n=19), faisant ressortir, le cas échéant, l'expérience des sept infirmières (n=2 ICC et 5 IC) qui ont suivi les activités de formation au BTEC. Enfin, une synthèse des résultats conclura cette section.

4.1 PORTRAIT DES RÉPONDANTES

Au total, 19 infirmières ont accepté de participer à l'étude. Treize infirmières ont participé aux premières entrevues (n=6 en médecine et n=7 en pédiatrie) et 12, aux deuxièmes entrevues (n=6 en

médecine et n=6 en pédiatrie). Parmi ces 25 infirmières, six ont participé aux deux entrevues. Le tableau à l'Annexe P présente les caractéristiques de l'ensemble des répondantes. On note que l'âge moyen des répondantes est de 40 ans et que celles-ci ont en moyenne 12 années d'expérience allant de 32 ans à moins d'un an. Ce moins expérimenté est un infirmier; toutes les autres répondantes sont des femmes. Deux infirmières possèdent une maîtrise, sept, un baccalauréat et dix, ont un diplôme d'études collégiales. Huit travaillent de jour, six de soir et cinq de nuit. Sept infirmières ont eu la formation pilote (stage au BTEC) et six ont participé aux deux entrevues (pré et post implantation).

4.2 ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE

Cette section décrit d'abord les perceptions des treize infirmières interrogées, avant l'implantation du modèle, par rapport à l'évolution de leur pratique au cours des années. Considérant cette évolution, leurs besoins en formation relatifs à l'intégration des preuves scientifiques à la pratique infirmière actuelle sont alors présentés et ce, en fonction de leur niveau de scolarité. Ces besoins seront ensuite repris lors des deuxièmes entrevues afin d'examiner s'ils ont été comblés, totalement ou en partie, par l'intervention pilote sur leur unité de soins respective.

4.2.1 PERCEPTIONS DE L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE

Pour sept des infirmières rencontrées (RF9, RF10, RF17, RF18, RF19, RF20, RF21) lors des premières entrevues, la pratique infirmière a évolué en raison des **avancées de la technologie**. Ces répondantes mentionnent la présence de nouveaux appareils, l'utilisation de nouvelles technologies médicales, la pratique de nouvelles techniques de soins et l'informatisation croissante comme des facteurs de changement dans leur travail.

Quand j'ai commencé, il n'y avait pas tant d'intraveineuses que ça. C'était eh...on avait beaucoup de prises de sang, on avait beaucoup de techniques. Ce n'était pas...des pompes et des pompes. Les patients...me semble qu'on avait plus de temps. On avait plus le temps de les voir. Là on a plus de paperasse je trouve. L'arrivée des ordinateurs, ça a modifié beaucoup aussi. C'est à jour deux minutes pis ça change tellement vite. Là les demandes de radiologie c'est vite, tu faxes ça et c'est fait. Je suis tout le temps à l'ordinateur. (RF17 – elle a 32 années d'expérience)

De même, pour sept des répondantes (RF2, RF4, RF13, RF15, RF17, RF18, RF19), les **changements dans l'organisation du réseau de la santé** sont un facteur d'évolution important de la pratique infirmière. Ces dernières mentionnent la charge de travail plus importante, l'augmentation des responsabilités des infirmières, la diminution du temps disponible pour les patients, les changements dans les relations de travail et dans l'organisation du travail.

Quand on étudie, on a beaucoup de temps. On a le temps de faire de la relation d'aide, de jaser avec nos patients, mais là on n'a pas vraiment le temps de faire ça. On a beaucoup de patients. (RF15)

La pratique a changé beaucoup, énormément. Les techniques, un peu, mais c'est surtout l'ensemble du vécu journalier, quotidien, ça change énormément. Les relations avec le personnel, les relations avec les clients, patients, les relations avec les médecins, je dirais que tout a énormément changé en 19 ans de service. (RF4-1^d)

Enfin, pour six (RF1, RF9, RF10, RM16, RF20, RF21) des treize répondantes, une des raisons qui expliquent les changements dans la pratique infirmière est **l'application de nouvelles connaissances**. Une infirmière (RF1), qui possède un diplôme universitaire de deuxième cycle, mentionne que sa pratique s'est modifiée en lien avec l'application de nouvelles connaissances liées à la recherche. Pour les cinq autres répondantes, c'est l'expérience pratique sur le terrain qui est le principal facteur d'acquisition de nouvelles connaissances.

Au niveau de l'expérience, ce qu'on apprend à l'école pis ce qu'on fait en pratique des fois c'est un peu deux. Oui, oui ça c'est modifié, le côté pratique est beaucoup plus développé, le côté organisationnel aussi. (RM16)

Je pense que [ma pratique] s'est modifiée parce qu'au début, quand on arrive ici, on est insécure, on ne sait pas trop si on va arriver à faire notre travail. Pis on pense souvent qu'on est seul pis au fur et à mesure qu'on commence à prendre un peu de...comment je dirais ça...d'expérience, d'autonomie, d'initiative, on se rend compte finalement que l'équipe est là en arrière de nous. On se fait plus confiance aussi, ça s'est modifié dans ce sens là parce qu'on apprend à tous les jours. (RF21)

Bref, de façon générale, la pratique des infirmières interrogées, peu importe leur niveau de scolarisation, s'est modifiée au cours des années. C'est principalement en raison des changements dans le système de santé, dans l'organisation du travail et en raison des développements de la technologie que le travail des infirmières a évolué. Les répondantes ayant une scolarité universitaire mentionnent également que leur pratique a changé grâce à l'utilisation de nouvelles connaissances acquises via des résultats de recherche. À cet égard, les besoins en formation ont été recherchés.

4.2.2. BESOINS EN FORMATION

Les deux **infirmières possédant une maîtrise** en sciences infirmières (RF1, RF9) ont identifié le besoin d'être formées sur la compréhension de la recherche scientifique. Ces dernières souhaiteraient également développer davantage leur analyse critique par rapport aux résultats de recherche.

Moi ce que j'ai besoin, surtout au niveau de l'analyse des résultats, surtout avec les devis expérimentaux, c'est d'être capable d'organiser ça pis de le comprendre aisément. Moi c'est ça qui m'aiderait. Oui parce que j'en lis déjà beaucoup d'articles, mais ce petit bout là, c'est comme une grosse zone grise dans l'article pis j'ai de la misère à bien intégrer les résultats. (RF9-1)

RF1 souligne le besoin pour elle, comme cadre conseil, de connaître des techniques de transfert et d'échange de connaissances, afin d'appliquer les résultats de recherche à la pratique infirmière.

^d Pour les six infirmières qui ont participé aux deux entrevues, les extraits seront identifiés comme suit : -1 pour la première entrevue et -2 pour la deuxième.

C'est un peu avoir de la formation sur comment apporter un changement, comment intégrer un changement pis ça on en a discuté avec les autres cliniciennes, comment arriver à amener les gens à faire un changement. Ça, on se sent un petit peu démunies là-dedans, avoir des formations, je pense qu'il existe des choses là-dedans, ça serait très aidant. (RF1-1)

Parmi les trois infirmières (RF2, RF10, RF18) ayant une **formation de premier cycle universitaire**, RF18 souhaiterait recevoir de la formation sur la recherche en général, sur les concepts ou sur les méthodes d'analyse pour mieux comprendre les résultats de recherche. RF10 quant à elle aimerait recevoir une formation sur la compréhension des articles de recherche en anglais. Généralement, les infirmières désirent être formées sur les problématiques qu'elles vivent au quotidien.

C'est certain que l'échange des connaissances, c'est intéressant. Si on pouvait vraiment appliquer ça sur l'étage, ça serait bien. Il y a bien des problématiques, le départ des usagers, souvent ils ne sont pas préparés comme il faut, les gens reviennent, la porte tournante. (RF2-1)

Enfin, parmi les huit infirmières (RF4, RF13, RF15, RM16, RF17, RF19, RF20, RF21) ayant une **formation collégiale**, RM16 voudrait recevoir une formation générale sur la recherche scientifique pour se familiariser avec les concepts, les méthodes et les données utilisées.

Peut-être juste se re-familiariser avec certaines données, parce que des fois les cours de biologie peuvent être rendus un peu plus loin, question de bien cerner tous les paramètres auxquels la recherche peut s'attacher. (RM16)

Pour deux autres répondantes (RF13, RF21), les besoins de formation par rapport à la recherche semblent plus importants. RF13 dit ne pas connaître la recherche tandis que RF21 ignore où et comment chercher l'information scientifique dans son milieu de travail.

Je ne connais pas bien la recherche, alors je ne sais pas si j'ai besoin de formation. (RF13-1)

C'est savoir comment que ça fonctionne, comment me rendre. Si j'ai besoin, je sais que c'est disponible. Je ne sais pas comment y aller, il faut toujours que je déränge quelqu'un. Peut-être qu'on est moins poussé, mais avoir une formation: ça vous avez ça pis vous pouvez consulter ça de telle façon. (RF21)

Cinq répondantes (RF4, RF15, RF17, RF19, RF20) aimeraient qu'une éventuelle formation, si elle advenait, permette d'appliquer concrètement les résultats de recherche dans leur pratique. Ainsi être tenues informées des évidences scientifiques qui soutiennent l'application de nouvelles techniques, de nouveaux médicaments, de nouvelles pathologies ou de nouvelles technologies.

J'en ai tout le temps besoin de la formation, j'aime ça savoir des nouvelles choses, des nouvelles techniques, des effets secondaires des médicaments, ça il n'y a pas de problème. On aime toujours ça savoir ce qu'on fait aux patients. S'il y a des choses qui peuvent améliorer, ça il n'y a pas de problème, je suis bien ouverte à ça. (RF17)

Tout est technique, les techniques nouvelles, ça demeure un gros problème. On met les choses, on nous dit: débrouillez vous avec, ça devient compliqué (...). Moi en tout cas, ce que j'aimerais avoir personnellement, c'est de la formation sur les cas précis, des maladies, des suivis. Tout le pharmaceutique m'intéresse énormément, ça ne me fatigue de pas avoir de données pharmaceutiques. (RF4-1)

De façon plus générique, un des besoins primordiaux en formation concernerait les bases de données. La méconnaissance et l'utilisation de celles-ci sont par le fait même une des barrières majeures à l'intégration des résultats de recherche dans leur pratique. Huit des treize infirmières interrogées (RF13, RF15, RM16, RF17, RF18, RF19, RF20, RF21) ne connaissent pas les bases de données ou en ignorent le fonctionnement. À l'inverse, quatre de leurs consœurs (RF1, RF2, RF9, RF10), toutes de niveau universitaire, affirment les avoir déjà utilisées, quoique ne maîtrisant pas cet outil de recherche.

J'ai eu un cours de recherche pis je suis allée sur les banques de données, mais ils ne nous ont pas appris vraiment comment lire, savoir quel article choisir, comment rétrécir nos articles pis d'y aller de façon efficace et rapide. (RF2-1)

Ça va pas pire. C'est sûr que quand j'ai fait mon baccalauréat, j'avais toujours besoin d'aide pour aller chercher des revues, des choses comme ça. Il me semble que je bloquais, des mots-clés, des choses comme ça, je savais plus ou moins. (RF10)

Pour autant, ces dernières admettent qu'il est irréaliste d'en faire usage dans la pratique quotidienne des infirmières, essentiellement par manque d'accessibilité aux ordinateurs et par manque de temps.

Sur nos heures de travail, plus ou moins je te dirais. Peut-être qu'il faudrait quelqu'un qui soit assez intéressé pour y aller en dehors des heures, mais en tant que tel sur notre chiffre on a déjà assez... On a des ordinateurs, mais pour l'instant on n'a pas accès à des banques de données. (...). On a une bibliothèque, mais dans l'hôpital, il faudrait se faire installer des programmes, mais je pense que la plupart des infirmières seraient plus intéressées que quelqu'un fasse les recherches plutôt qu'elles y aillent. De toute façon, c'est quand même compliqué d'aller faire les recherches là-dessus, ce n'est pas tout le monde nécessairement qui vont être aptes à y aller. Fait que peut-être que quelques personnes pourraient y aller pis donner des formations ou juste en parler (RF2-1).

4.3 ANALYSE COMPARATIVE THÉMATIQUE DES ENTREVUES PRÉ ET POST IMPLANTATION

Douze infirmières ont été rencontrées (n=6 dans chacune des deux unités) lors d'une entrevue post implantation pour, entre autres, évaluer la formation au BTEC suivie par sept d'entre elles ainsi que les impacts de cette dernière sur leur pratique et celle de leurs collègues des unités de soins visées. Cette section fait d'abord un retour sur la formation au BTEC des infirmières participantes (n=7), pour savoir notamment, si leurs besoins en formation exprimés ont été comblés et si elles se sentent plus confiantes à jouer leur rôle de leaders ou de modèles. Ce retour sur la formation expose également le point de vue des infirmières des unités de soins (n=5) face à la formation au BTEC suivie par leurs collègues et face à leur appréciation des infirmières qui y ont participé. Puis, les stratégies de prises de décision et la pertinence pour les infirmières interrogées d'intégrer des résultats de recherche à leur pratique ainsi que l'identification de barrières et de facteurs facilitant cette intégration sont finalement présentées et ce, en comparant, le cas échéant (n=6), aux entrevues pré implantation.

4.3.1 RETOUR SUR LA FORMATION AU BTEC (STAGE PRATIQUE)

Le stage fait écho aux besoins ressentis en terme de formation exprimés lors des premières entrevues (avant l'implantation de l'intervention). En effet, les activités de formation au BTEC ont semblé répondre à une carence au niveau de la recherche liée, soit à des lacunes dans la formation en sciences infirmières (Baccalauréat ou Maîtrise) par rapport au processus de recherche pour trois répondantes (RF2*^e, RF9*, RF11*), soit à l'oubli partiel de la formation en la matière (RF12*). Il est à noter que toutes les infirmières qui ont suivi le stage avaient un niveau universitaire de formation.

4.3.1.1 NIVEAU D'INTÉRÊT AU TERME DE LA FORMATION ET BARRIÈRES DÉPASSÉES

Si l'analyse des premières entrevues évoquait un manque de connaissances personnelles (Annexe Q) en lien avec la recherche (langage de la recherche, anglais et informatique), la seconde série d'entretiens fait état de certaines barrières dépassées (Annexe R) dans et pour les besoins de l'apprentissage. Quatre répondantes (RF2*, RF3*, RF10*, RF11*) ont ainsi pu dépasser leur handicap par rapport à l'informatique et à l'anglais. Trois répondantes (RF2*, RF11*, RF12*) disent avoir développé « *des trucs* » ou un « *automatisme* » qui enlèvent l'appréhension de la recherche en anglais.

C'est sûr que l'anglais me bloque beaucoup, c'est une barrière. Je suis capable là, mais des fois on peut comprendre une chose pis oups ! Ça change, ce n'est pas tout à fait ça que t'as compris. C'est beaucoup ça, c'est sûr que je ne suis pas experte non plus, mais déjà la langue est là. (RF10-1)*

Déjà de lire des articles en anglais... tu sais ça m'a quand même aidé parce que... je suis pas vraiment bonne en anglais, mais les mots reviennent, les... on prend des trucs quand même pour lire des articles. (RF2-2)*

La presque totalité des infirmières ayant suivi la formation (RF2*, RF3*, RF10*, RF11*, RF12*) indiquent être mieux outillées pour analyser et critiquer les articles scientifiques. Trois (RF9*, RF11*, RF12*) précisent en outre que le travail de mise à jour est de longue haleine pour acquérir des connaissances supplémentaires et ainsi continuer à s'améliorer.

L'intérêt des infirmières au terme de la formation au BTEC se manifeste sous différentes formes. Elles expriment le désir de s'investir, de maintenir les acquis (RF1*), de poursuivre en effectuant d'autres recherches (RF1*, RF9*, RF12*), de transmettre leur savoir et d'appliquer leurs connaissances (RF2*), de participer éventuellement à d'autres projets similaires (RF2*, RF3*) et de continuer pour, une d'entre elles, vers des études graduées (RF1*). Deux infirmières participantes présentent un intérêt plutôt mitigé préférant la pratique sur le terrain mais, elles ne restent pas complètement fermées à refaire le processus (RF10*, RF11*).

^e Les infirmières ayant suivi la formation au BTEC seront identifiées par un astérisque après leur code.

...c'est certain que moi avec mes nouvelles connaissances déjà, moi, je peux les appliquer là. [...] ...le faire savoir aux autres infirmières aussi. (RF2)*

...ce que j'aime, c'est plus la pratique. Mais...euh...je suis pas complètement fermée...à l'idée de refaire ce processus-là. (RF11)*

Quatre répondantes (RF1*, RF2*, RF9*, RF12*) ayant suivi le stage au BTEC sont affirmatives quant à refaire un processus de recherche documentaire avec d'autres questions relativement à leurs besoins. Les raisons invoquées sont liées à l'utilité ou à la pertinence, révélée ou confirmée, de la recherche dans la pratique (RF2*, RF12*), parfois au gain de temps que cela peut engendrer à moyen terme (RF1*, RF12*), ou bien encore à une volonté de se maintenir à jour (RF2*, RF9*, RF1*). A noter que deux de ces quatre répondantes sont des ICC.

Ainsi, pour RF2*,

Oui, oui, il faut que j'essaie justement de...euh...même si j'ai pas beaucoup de temps, il faudrait que j'essaie de plus en plus là, je dirais, d'aller à la bibliothèque, puis tout ça. (...) Mais, ça, les bases de données, c'est certain que c'est plus long comme processus que d'aller juste dans un livre de références par exemple. Mais, je sais que les bases de données c'est plus récent, c'est plus scientifiques (...). Donc, il faudrait que je prenne plus de temps, mais je vais essayer le plus possible, parce que...quand je regarde justement notre travail, puis tout ça, je suis vraiment contente dans le fond d'avoir été chercher beaucoup d'informations. (RF2)*

Pour RF1* et RF9*,

Ça prend du temps, mais long...à plus long terme c'est payant. C'est dans ce sens-là. Parce que je me rends compte que j'ai pris beaucoup, beaucoup de temps à faire de la recherche documentaire, de la recension d'écrits, mais ça me sert à tous les jours. (RF1)*

C'est sûr que ça a changé ma façon de voir les articles scientifiques, puis la recherche c'est sûr... Mais quand moi, je vais avoir une question, je vais probablement faire un peu ce processus-là. (RF9)*

RF3*, pour sa part, partage avec RF11* une motivation mitigée à poursuivre dans la voie de la recherche documentaire systématique. RF3* souhaitera le faire mais « pas à plein temps », tandis que RF11* préférera se concentrer sur la pratique.

Euh...je sais pas. Ben, je trouve que, tu sais, c'est un gros processus, puis, tu sais, ça demande beaucoup d'implications...euh...pour l'instant, je vais me concentrer à la pratique. (RF11)*

Toutefois, il est à noter un possible intérêt pour faire de la recherche documentaire, non de façon autonome, mais par le biais d'un encadrement.

Mais, si jamais, il y avait d'autres problématiques comme ça qui se présentaient, puis qu'on me le demandait, je suis pas sûre que je dirais non. Tu sais, j'y penserais, parce que là, je sais c'est quoi, puis je sais que ça demande beaucoup de temps, puis ça demande...c'est beaucoup théorique. Puis, ce que j'aime, c'est plus la pratique. Mais...euh...je suis pas complètement fermée...à l'idée de refaire ce processus-là. (RF11)*

Il en est de même pour RF3.

Euh...probablement. Pas à temps plein, mais...euh...Moi, je finis mon Bac là, mais je me vois pas...euh...arrêter complètement de fouiller, de chercher. C'est sûr que s'il y a d'autres projets qui se présentent ici à l'hôpital, c'est des choses qui pourraient m'intéresser. (RF3)*

Pour RF10*, en revanche, le manque d'accès à l'information et le manque de temps dans les quarts de travail supplanteraient l'intérêt à faire de la recherche documentaire.

C'est sûr que c'est intéressant, puis que j'aimerais ça. Mais, comme je te dis, j'ai pas vraiment....J'ai pas accès, j'ai pas... (RF10 réfère au manque d'accès à Internet dans son unité)*

En somme, l'intérêt et la motivation à poursuivre dans la voie de la recherche documentaire afin de trouver des réponses à leurs questionnement semblent relatifs à trois choses : l'intérêt pour la recherche dans la pratique, l'accessibilité à l'information, et la faisabilité de la recherche pendant le temps de travail. Ce constat de non faisabilité fait écho à une opposition entre une série de temps courts (tâches journalières) et le temps long de la recherche documentaire. Il semblerait cependant que cet écart puisse être aplani par le biais de formations encadrées sur des questions ciblées (type BTEC), et par la libération des infirmières pour leur donner du temps pour la recherche documentaire; ce que nous verrons plus loin.

4.3.1.2 CONNAISSANCES ET APTITUDES ACQUISES

Quatre infirmières considèrent que la formation leur a apporté une meilleure compréhension de la procédure à suivre et qu'elles sont, dorénavant, plus à l'aise pour l'analyse d'un article scientifique (RF12*) ou même pour entreprendre une recherche (RF1*, RF2*, RF9*). La formation semble en outre avoir démystifié la connaissance et l'utilisation des bases de données informatiques; obstacle majeur énoncé lors des premières entrevues. En effet, cinq répondantes affirment avoir découvert plusieurs des bases de données utilisées au cours du stage (RF1*, RF3*, RF9*, RF11*, RF12*), alors peu ou pas exploitées. Certaines soulignent avoir appris à chercher (RF1*, RF12*) et être en mesure de mieux cibler leur recherche documentaire pour répondre à leurs besoins quotidiens (RF12*).

Oui, beaucoup (découverte d'outils)...juste les endroits où aller chercher les banques...des banques de données que je connaissais, mais que j'ai appris beaucoup mieux à fouiller dedans...je savais que ça existait, mais j'étais pas capable d'aller jouer dedans...j'ai vraiment appris à m'en servir. (RF1)*

Au niveau des connaissances, cinq répondantes (RF1*, RF2*, RF3*, RF11*, RF12*) disent avoir beaucoup appris, lors de la lecture des articles scientifiques, sur les pathologies et les mesures de soutien. L'intérêt se porte autant sur l'enseignement au patient que sur les soins à lui prodiguer.

Je connaissais déjà la bronchiolite, en général. Mais ça m'a appris à connaître davantage la bronchiolite (...), plus scientifiquement, je dirais... Ils [les parents] me demandent, des fois, combien de temps ça dure, comment ça se présente, et puis maintenant, je suis vraiment capable de leur dire. Je le savais, mais on dirait que là, je me sens plus sûre de leur dire parce que je l'ai vu pis je l'ai. (RF12)*

Au niveau des aptitudes, trois répondantes (RF3*, RF9*, RF12*) constatent une meilleure lecture et compréhension des résultats de recherche, de la méthodologie et du processus de recherche. Certaines (RF3*, RF9*, RF10*) estiment avoir bénéficié d'un excellent soutien de la formatrice.

Ben, oui à ce niveau-là parce que moi... les... les T, les OR, ça me disait pratiquement... ça me disait absolument rien avant. Là je suis capable de savoir au moins si le résultat est significatif ou pas (RF3)*

Ben, moi, ça m'a permis d'apprendre puis d'approfondir des choses que je connaissais, mais que j'avais jamais approfondies comme ça. (RF9)*

L'apprentissage concerne aussi la vulgarisation du savoir scientifique (pour les sept stagiaires). En effet, plusieurs d'entre elles (RF2*, RF3*, RF9*, RF11*, RF12*) considèrent avoir développé une meilleure capacité à vulgariser les résultats de leurs recherches documentaires, issus de leur stage, au profit des infirmières de leur unité de travail.

Moi, je pense que oui (vulgariser). Surtout au niveau de l'interprétation des statistiques. Ça nous permet de dire en mot les chiffres que des fois on comprend pas, puis on sait pas ce que ça veut dire... Oui, ça, ça m'a aidé beaucoup. (RF9)*

Au niveau plus individuel, les répondantes soulignent plus d'objectivité (RF2*) et de rigueur dans la lecture des sources, et un regard plus critique sur les résultats (RF1*, RF9*). Les répondantes feraient preuve d'un plus grand esprit d'analyse et de déduction (RF3*, RF10*, RF12*), bien que certaines difficultés perdurent (RF3*, RF9*, RF11*), mais aussi d'une plus grande autonomie (RF1*, RF2*, RF3*). Elles prévoient ainsi pouvoir éventuellement diffuser plus d'information dans leur milieu.

On a une pensée plus critique sur la façon, mettons, que l'étude a été menée... (RF3)*

Je voyais qu'au début, elle [la formatrice] était très... très importante, puis que quand même, il y a eu une bonne amélioration. On est capable d'être beaucoup plus autonome maintenant. (RF1-2)*

Sur le plan organisationnel, les répondantes constatent un changement ou une amélioration des pratiques professionnelles (RF9*, RF10*, RF12*), ainsi qu'une transmission des nouvelles connaissances sur leur unité (RF10*, RF11*) respective.

En définitive, les répondantes diront aller plus vite vers les écrits (RF1*) et trouver plus rapidement les réponses à leurs questions (RF3*).

4.3.1.3 CONFIANCE EN SOI ET RELATIONS AVEC LES TIERS

Le stage a permis pour deux infirmières d'avoir plus confiance en leur travail, qu'il s'agisse de recherche (RF1*) ou de pratique (RF12*). RF1* se sent « plus ferrée », selon ses dires, puisque maîtrisant mieux le processus de recherche avec de nouveaux outils. Quatre répondantes disent avoir acquis plus d'assurance, mais aussi plus de crédibilité auprès des autres professionnels de leur

milieu, notamment auprès des médecins (RF1*, RF9*, RF12*), des nutritionnistes (RF10*), des inhalothérapeutes (RF12*), ou encore auprès des autres consœurs de l'unité (RF2*, RF12*).

Puis c'est sûr qu'aussi par rapport aux autres, ceux qui nous demandent des informations, c'est souvent les infirmières qui viennent souvent faqu'on a l'air beaucoup plus crédible, on a l'air beaucoup plus. C'est sûr que je connais plus mon affaire faqu'ils me font plus confiance à mes interventions. (RF12)*

Par ailleurs, une infirmière participante mentionne avoir été en mesure de discuter avec un spécialiste à la suite de la recension des écrits qu'elle avait effectuée sur le sujet ce qui, selon elle, n'aurait jamais été possible auparavant (RF1*).

...j'ai trouvé ça intéressant d'être capable moi-même d'aller faire des recherches pour être capable d'avoir ce genre de discussion là (avec médecin spécialiste). (RF1)*

Les perceptions des infirmières participantes quant à la reconnaissance manifestée par les infirmières de leur unité, semblent plutôt partagées. Quatre participantes (RF1*, RF2*, RF11*, RF12*) remarquent peu de changement à leur égard de la part de leurs collègues de travail pouvant aller jusqu'à un manque d'intérêt (RF2*) pour quelques unes. Par contre, deux répondantes (RF9*, RF10*) soulignent qu'elles sentent, au contraire, qu'on leur accorde plus de crédibilité.

Les médecins quant à eux semblent apporter plus de crédit aux infirmières relativement aux sources consultées (RF1*) ou au procédé scientifique utilisé pour répondre à certaines préoccupations (RF9*). Ainsi, RF9* parlera d'ouverture plus grande de la part des médecins quant aux résultats des recherches documentaires effectuées par les infirmières, ici sur des questions précises, et qui ont suscité un changement dans la pratique. RF1*, pour sa part, s'appuiera sur les sources ou bases de données utilisées et partagées par les médecins pour valider auprès d'eux les informations recueillies.

Puis aussi en discutant avec les médecins... euh... Ça aide de dire que tu es allé fouiller dans MedLine, chercher quelques écrits. C'est connu par eux autres MedLine. Tandis que avant j'allais plus dans CINAHL, qui était une banque de données infirmières. Moi, je continue de m'en servir, parce qu'elle m'est très utile, mais c'est pas quelque chose qui a du poids quand je vais parler aux médecins. (RF1)*

4.3.1.4 SATISFACTION DU STAGE ET MANQUES SOULEVÉS

Les répondantes sont majoritairement satisfaites de leur stage : deux sont « très » ou « beaucoup » satisfaites (RF1*; RF9*), quatre, « satisfaites » (RF3*, RF10*, RF11*, RF12*) et deux ont apprécié le soutien de la formatrice du stage BTEC (RF3*, RF9*). RF2*, pour sa part, dit être satisfaite (en hésitant) et souligne qu'il y aurait « place à l'amélioration ». Deux répondantes (RF9*, RF2*) auraient souhaité plus de formation en statistiques, et une autre plus de vulgarisation de la matière lors du stage (RF3*). RF3* semble en effet avoir eu de la difficulté à suivre le processus.

Ben, je vous dirais que peut-être la façon dont les notes étaient montées, c'étaient... euh... le contenu c'est très pointu, puis... je pense que... la personne qui nous enseignait c'est quelqu'un qui est très spécialisée dans ce domaine-là, puis des fois c'était difficile de vulgariser pour elle. (RF3)*

Quatre répondantes (RF1*, RF10*, RF11*, RF12*) soulèvent toutefois un manque de temps dans le stage, relativement à la charge de travail à accomplir croisée avec les obligations de leur travail.

Du temps (...) pour faire les lectures, pour tous les articles scientifiques à lire^f. Après ça, c'est sûr que ça donne beaucoup de tâches, en plus que moi je travaille à temps plein. (...) Faqu'il n'y a pas beaucoup de journée de congé... (RF12)*

Quelques une soulignent certains aspects intéressants résultant de la formation. Elles sont ravies de l'expertise (RF2*) et des nouvelles connaissances qu'elles ont acquises (RF10*, RF12*) ainsi que la satisfaction que procure le résultat final (RF11*). Une autre souligne l'importance pour elle de maintenir ces acquis (RF1*).

(...) je suis contente en gros, justement ça m'a donné une expertise de plus. (RF2)*

Il faut que je maintienne ça c'est important [...] Oublier la recherche, ça amène trop de choses, que je ne ferais pas correct. (RF1)*

Dans l'ensemble, les infirmières stagiaires considèrent très positive leur participation à la formation au BTEC (RF1*, RF2*, RF9*, RF10*). Les difficultés rencontrées lors de la formation et la perception, à priori, négative du processus sont largement compensées par les compétences acquises et les résultats de l'application. De plus, il y a une amorce de changement dans les relations et les pratiques avec certains professionnels impliqués. La direction (infirmières chefs et gestionnaires en soins infirmiers) manifeste non seulement de l'ouverture et de l'intérêt en s'informant régulièrement, mais est aussi prête à collaborer davantage (RF1*, RF2*, RF9*).

Elle est très ouverte (infirmière-chef) à ça, puis elle est très contente que ça amène des changements (...) on a vraiment beaucoup de collaboration, puis d'ouverture de sa part. (RF9)*

4.3.1.5 DEGRÉ DE SENSIBILISATION DES INFIRMIÈRES À LA FORMATION BTEC DE LEURS COLLÈGUES

Plus de la moitié des infirmières, soit trois sur cinq (RF7, RF13, RF14), connaissent l'existence de la formation au BTEC de leurs collègues de travail. Elles peuvent nommer les participantes de leur unité, parfois même donner des résultats déjà en application sur leur unité. L'une d'elles (RF14) associe les résultats de cette formation au travail des infirmières bachelières dont le mandat est d'améliorer et de développer les connaissances sur les unités de soins. Les informations relatant les objectifs de la formation et les personnes participantes ont été transmises, soit par les infirmières elles-mêmes (RF13), soit par leurs collègues de travail (RF14), ou soit encore par affichage lors du

^f RF12* répètera quatre fois qu'il s'agit d'un manque de temps pour la lecture des articles.

recrutement volontaire pour la mise en place du stage (RF7). Il y a peu de discussion entre les infirmières sur les unités visées concernant cette formation (RF7, RF13). Il semble que si la discussion sur la formation se produise, le sujet est alors abordé avec les infirmières participantes qui ont suivi la formation (RF7). Par ailleurs, une infirmière n'ayant pas entendu parler de la formation souligne le peu d'importance qu'elle accorde aux formations en général (RF8).

...c'est parce que ce sont des infirmières bachelières et ça fait parti de leurs tâches de travailler dans des projets d'amélioration, de développement du département. (RF14)

Ben on en a parlé un petit peu, mais...euh...pas...c'est pas notre principal sujet de conversation mettons. (RF13)

4.3.1.6 APPRÉCIATION DES INFIRMIÈRES EN REGARD DES PARTICIPANTES À LA FORMATION BTEC

La sélection des personnes qui ont suivi la formation au BTEC semble un bon choix pour plusieurs infirmières (RF7, RF13, RF14). Trois infirmières considèrent que ces personnes possèdent les qualités requises pour devenir des personnes ressources (RF7, RF8, RF13). Elles sont en outre sérieuses et capables de bien faire le travail (RF13, RF7), ont les connaissances nécessaires (RF8), inspirent la confiance (RF7) avec un intérêt certain pour transmettre l'information (RF7). Les infirmières sur les unités sont assurées que ces personnes feront un travail bien fait (RF7, RF13).

C'est des bonnes personnes parce que c'est des personnes qui sont sérieuses, qui sont à leurs affaires. On est sûr que c'est bien fait. (RF13)

Toutefois, RF14 souligne le manque d'expérience d'une infirmière participante à la formation au BTEC. Cette dernière ne voit pas non plus la nécessité que ce soit des bachelières. Selon elle, l'expérience peut prévaloir sur la formation lorsque celle-ci n'est pas accompagnée de l'expérience.

...je trouvais qu'elle manque un petit peu d'expérience, elle n'a pas tout à fait fini son bac. [...] j'aurais pris une fille qui avait plus d'expérience. Pas nécessairement une bachelière, là. (RF14)

Par ailleurs, l'accessibilité des infirmières ayant suivi la formation ne semble pas avoir été affectée, ni dans un sens ni dans l'autre : les infirmières montrent la même disponibilité qu'avant la formation (RF7, RF13) et RF14, quant à elle, ne les rencontre que très peu puisque travaillant de nuit.

4.3.2 STRATÉGIES DE PRISES DE DÉCISION

Il existe deux types de problème auquel réfèrent les infirmières : les soins infirmiers de façon générale et les soins plus techniques. Le processus de résolution de problème dépend alors du type de problème rencontré et parfois aussi de la réponse obtenue. En cas de doute, un processus de résolution de problème (ou de prise de décision clinique) s'amorce employant différentes voies ou sources d'information; différentes stratégies. Mais quel que soit le problème ou son processus de

résolution, on constate, pour la première comme pour la seconde séries d'entrevues, qu'une grande majorité d'infirmières interrogées[§], dont toutes les infirmières techniciennes, réfèrent en premier lieu à un tiers. Parmi ceux-ci, notons en premier lieu, les infirmières expérimentées (RF7, RF10*, RF12*, RF14), l'assistante infirmière-chef (RF2*, RF3*, RF4, RF7) et l'ICC (RF4, RF8, RF10*, RF11*). Viennent ensuite, les autres collègues de travail (RF12*, RF13) et les médecins (RF10*, RF13). Ainsi, les infirmières de toute génération sont portées à aller d'abord et avant tout vers les pairs les plus expérimentés, et non les plus formés; constat également retrouvé dans les écrits.

Cependant, trois infirmières (RF2*, RF11*, RF8) ont des méthodes de résolution quelque peu différentes. Parmi les stagiaires, RF2* dit se fier à son jugement et son expérience avant de faire appel aux infirmières expérimentées, et RF11* serait tentée de reproduire le processus de la formation au BTEC en cas de problèmes d'intérêt général préoccupant beaucoup de personnes, sans toutefois être certaine de le refaire. RF8 se réfère, quant à elle, d'abord à la gestionnaire parce qu'elle a plus d'affinités avec cette dernière, et d'une façon plus générale préférera demander à des tiers plutôt que de chercher dans les livres. Ce dernier constat est également corroboré par une autre stagiaire (RF12*) qui souligne le manque de temps pour faire des recherches documentaires et pour chercher dans des livres afin d'obtenir une information.

Mais, il y a des gens que...je sais que je peux faire confiance puis qui ont vraiment beaucoup d'expérience, puis ils connaissent leur affaire, puis ça...Non, j'hésite pas la les consulter. (RF3)*

On fait appel soit aux assistantes, à la responsable de département et souvent ça va être l'ICC. (RF4)

Quand on travaille, on n'a pas le temps d'aller fouiller pis d'aller chercher des informations, pis souvent la personne va être capable de nous répondre. (RF12)*

Toutefois, et quel que soit le problème rencontré, les infirmières reconnaissent toutes que la décision du médecin fait loi. Aussi, la dernière étape pourra être celle de l'aval du médecin, ou son refus. Nous allons à présent détailler les processus (oral seulement, Intranet et écrits, Internet incluant ou non les bases de données) de prise de décision chez les 19 infirmières interrogées en comparant le processus pour les six infirmières qui ont participé aux deux entrevues.

4.3.2.1 PROCESSUS ORAL SEULEMENT (CONSULTATION À UN TIERS)

Une seule infirmière (RF8) garde un processus oral seul pour la résolution de problèmes. Cette infirmière de 28 ans d'expérience de plancher a su se constituer, au fil des années, des stratégies de résolution de problèmes essentiellement basées sur la consultation de tiers.

Je suis portée beaucoup plus vers les gens pour aller chercher mes renseignements que le papier. (RF8)

[§] Soient 11 répondantes sur 13 pour les premières entrevues, et 9 sur 12 pour les secondes.

Quelque soit le problème rencontré, RF8 ciblera les personnes ressources en fonction de leurs qualifications ou de leur spécialité. Elle pourra ainsi référer à ses collègues les plus expérimentées et, en cas de doute, codifiera une infirmière externe à son unité. Les infirmières qui ont fait la formation au BTEC seront, pour elle, ponctuellement repérées comme des personnes ressources.

(...) si je sens que ce que j'ai besoin comme renseignements va chercher plus du domaine, d'un cours, d'une formation spéciale, oui, je vais aller voir ces gens-là [infirmières BTEC]. (RF8)

4.3.2.2 CONSULTATIONS D'ÉCRITS OU D'INTRANET

Neuf répondantes (RF2*, RF10*, RF7, RF14, RF15, RM16, RF17, RF20, RF21) allieront un processus de résolution oral (référant à des tiers) à la consultation d'écrits (cahiers, livres, manuels)^h ou d'Intranet (Lotus Note, MediSolutions) pendant leur quart de travail. L'analyse comparative des deux stagiaires (RF2*, RF10*) permet de constater quelques changements. RF2* référerait seulement à ses collègues. Maintenant, elle évalue par elle-même la situation avant de consulter les tiers plus expérimentés. Ensuite, elle ira dans les livres, ce qu'elle faisait moins avant.

Je m'informe à mes collègues je pense, à mes collègues souvent plus âgées, pas nécessairement. Des collègues que je fais confiance, que je sais que c'est des filles qui s'actualisent, qui font des recherches, qui aiment ça apprendre, qui posent des questions. Je vais leur poser des questions. (RF2-1)*

Ce processus est similaire pour les non stagiaires qui questionneront d'abord leurs consœurs avant de se tourner, le cas échéant, vers les écrits (livres, dictionnaires de terminologie) ou Intranet.

S'ils [mes collègues] savent pas, ben c'est sûr que... si c'est plus... si je doute un peu plus, je vais directement avec l'assistante. Il y a les livres aussi. Mais les livres sont sur... euh... sur Lotus [Note], il y a beaucoup, beaucoup de protocoles de mis. Mais, sinon, il y a toujours les livres aussi, les dictionnaires de terminologie, tout ça. (RF7)

Pour les problèmes d'ordre clinique, RF14 consultera davantage les livres, selon elle plus simples d'utilisation que les ordinateurs : (...) *l'ordinateur, je me tanne de chercher là-dessus*. Elle consultera alors les livres qu'elle possède chez elle et non sur son lieu de travail.

J'ai commencé mon bacc à l'Université Laval, pis j'ai suspendu mes études, pis j'ai acheté beaucoup de livres à l'Université faque j'ai des beaux livres de références. Faque souvent, je vais yeuté là-dedans ou des choses que j'ai entendues, pis que je n'étais pas sûre ou un patient d'une autre fille avait quelque chose pis là, je vais aller revoir le système physiologique. (...) Je me dis que j'ai des supers beaux livres, avec des beaux index que je trouve tout ce que je cherche. (rire) (RF14)

Les examens médicaux, comme les protocoles de soins, se résoudreont par la consultation d'Intranet (Lotus Note, MediSolutions) pour trois autres des répondantes (RF10*, RF7, RF15).

^h Lors des périodes d'observation, nous avons noté que les livres et manuels de consultation sur les unités de soins étaient peu récents (ex. 1978), et certains en très piètre état. Bien que les protocoles et méthodes de soins soient informatisés (accès via Intranet), ceux-ci sont aussi répertoriés dans des cartables et révisés régulièrement. Ces méthodes de soins ne précisent aucune référence.

Ben je fouille beaucoup dans « Lotus » pour les techniques pis les techniques de soins si je me souviens plus comment irriguer un drain ben c'est mon exemple. Je vais aller voir avec l'assistant, sinon ben je vais aller fouiller dans les livres en arrière. (RF15)

4.3.2.2 UTILISATION DES BASES DE DONNÉES INFORMATIQUES

Deux des sept stagiaires (RF1*, RF9*), soit les deux ICC, disent utiliser, outre la référence aux tiers et aux livres, les bases de données dans leur processus de prise de décision et pendant leur quart de travailⁱ. Les analyses comparatives pour RF1* et RF9* permettent de constater quelques changements. RF1* commencera par faire une revue de littérature via les bases de données, consultera les *guidelines*, avant d'aller vers les centres hospitaliers extérieurs^j et les départements spécialisés à l'interne, tels les autres professionnels de la santé. RF9*, qui ne peut se prévaloir d'une expérience de plancher significative (selon RF9*, RF10*, RF12*, RF13, RF14), passera en premier lieu par le personnel infirmier expérimenté, avant de se renseigner auprès des autres ICC de l'hôpital et du CHUL (Centre Mère-Enfant) ou encore auprès de son cadre supérieur. La revue de littérature via les bases de données informatiques arrive ensuite, une fois toutes ces informations recensées, mais elle sera en revanche plus poussée.

Je consulte l'équipe, je consulte l'équipe médicale aussi, ensuite je vais voir dans la littérature. Les infirmières aussi sont consultées, parce que...elles ont beaucoup d'expérience clinique que moi j'ai pas. [...]. Mais quand j'ai besoin d'avoir une réponse clinique, spécifique à la ..., c'est les premières personnes que je vais consulter (infirmières expérimentées de l'unité). (RF9-1)*

Ça...on procédait pas mal tout le temps comme ça. Mais là, c'est certain qu'au niveau de la littérature, ça va être plus approfondi. (RF9-2)*

Une autre stagiaire (RF11*) parle, quant à elle, d'une hypothétique^k résolution des problèmes en soins infirmiers par les bases de données, avant de consulter son ICC ou les médecins. Elle avoue qu'en cas de controverse, elle se tournera vers les médecins ou les infirmières « seniors », dont l'expérience n'est plus à prouver.

Ben, je serais peut-être tentée d'aller... de reproduire un petit processus comme que j'ai fait, tu sais, pour aller voir c'est quoi vraiment les résultats, puis c'est quoi les articles peut-être les plus récents pour savoir ce qui se fait ailleurs ou quoique ce soit. Sans toute faire le processus, mais tu sais je serais peut-être tentée à faire ça, pour au moins arriver avec des choses objectives, des résultats... des résultats probants qu'on pourrait interpréter. Mais... ça m'est pas arrivé, faque je sais pas. (RF11)*

RF10* dira, quant à elle, ne pas avoir changé sa façon de procéder, essentiellement pour cause de non accès à Internet (RF10*-1). Si le second entretien de RF10* ne révèle pas de changement majeur

ⁱ Les ICC ont accès aux bases de données dans leur bureau.

^j RF1*, seule ICC en médecine, considère ne pas avoir de personnes ressources à l'interne, raison pour laquelle elle réfère à l'externe.

^k Les infirmières des unités de soins n'ont pas accès ni à Internet ni aux bases de données.

dans le processus de résolution, le recours à la ICC est cependant à souligner. Ainsi, dans la plupart des cas, RF10* commence par un processus oral en référant à ses pairs ou à l'ICC, avant de passer, le cas échéant par des spécialistes (médecins, pharmaciens) ou par la consultation de livres.

Pour certaines répondantes (RF7, RF2*, RF14), le recours aux bases de données n'est pas jugé nécessaire pour les problèmes d'ordre technique¹; l'une réfère au médecin (RF7) et les deux autres lisent le manuel de technique ou de l'appareil (RF2*, RF14).

Puis, c'est ça, jusqu'à maintenant je suis pas vraiment allée dans les bases de données, mais c'est souvent des problèmes techniques ou tu sais qu'on peut résoudre dans le fond... euh... juste avec les livres ou tu sais... Donc... euh... non, je dirais que c'est pas mal, c'est pas mal comme ça. Mais... euh... c'est plus les livres je dirais même que les personnes. (RF2-2)*

4.3.2.4 CONSULTATIONS D'ÉCRITS ET D'INTERNET EN DEHORS DES HEURES DE TRAVAIL

Quatre répondantes (RF3*, RF12*, RF4, RF13) disent effectuer des recherches sur Internet en dehors de leur quart de travail, que ce soit à l'hôpital, au domicile ou à l'université. RF3* et RF12* ne remarquent que peu de changements dans leur processus de résolution de problèmes cliniques.

Oui, ben chez nous, je l'ai Internet à la maison. Mais des fois, je vais chez nous. Des fois c'est chez nous que j'avais une interrogation, une pathologie que je connaissais moins pis je vais regarder. Je vais regarder dans mes livres chez moi, parce que ce ne sont pas les mêmes livres qu'ici. (RF12)*

C'est sûr que de temps en temps là, quand j'ai un petit travail à l'université, j'y vais dans les bases de données, puis je refais mon processus. (RF3)*

Lors des premiers entretiens, RF4 et RF13 disaient se référer d'abord à leurs collègues avant de consulter les ressources internes : l'assistante infirmière chef de jour (RF4) ou le coordonnateur de nuit (RF13). La consultation d'écrits venait ensuite. Si aucune de ces démarches n'a pu aboutir, c'est vers Internet que ces deux répondantes se tourneront, en utilisant le moteur de recherche *Google* par mots clés, et non les bases de données.

Hou... je tape un mot... je suis rendu là dans mon ordinateur (rire). C'est nouveau pour moi. Alors, habituellement, je vais essayer de trouver des sites en lançant des mots, ça nous amène toujours à différentes bases. C'est souvent dans le monde médical. (RF4-2)

Une fois que j'ai eu fini mon quart de travail. Ben, j'ai faite une recherche sur Google, maladie kawasaki, puis il m'a sorti des sites, puis je suis allée voir. Je pense que c'est sur le site d'une université européenne que j'ai trouvé ça, les informations. (RF13-2)

Bref, les infirmières interrogées utilisent diverses stratégies pour prendre des décisions cliniques. En général, les infirmières techniciennes sont plus enclines à se référer à des collègues ou à des cadres supérieurs alors que les infirmières ayant une formation universitaire font davantage appel à la

¹ Ce propos est contradictoire avec cette étude puisque la majorité des préoccupations soulevées par les infirmières, pour être répondues par des résultats de recherche lors des activités de formation au BTEC, étaient d'ordre technique.

littérature. Il est intéressant de noter que l'utilisation des bases de données et d'Internet n'a jamais été mentionnée par les répondantes lors des entrevues pré implantation. À première vue, la formation au BTEC ne semble pas avoir encore apporté de changements concrets dans la façon de résoudre les problèmes pour les infirmières des deux unités (RF3*, RF4, RF7, RF8, RF9*, RF10*, RF12*, RF13), sauf pour les ICC dont l'une dit utiliser plus rapidement la recension d'écrits (RF1*) et l'autre reconnaît qu'elle va approfondir ses recherches documentaires systématiques (RF9*).

4.3.3 INTÉGRATION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE DANS LA PRATIQUE

Dix des 13 répondantes de la première série d'entrevues (RF1, RF2, RF4, RF9, RF10, RF15, RF18, RF19, RF20, RF21) trouvaient pertinente l'intégration des résultats de recherche dans la pratique infirmière. Il était fait mention d'une amélioration de la qualité des soins aux patients, puisque facilitant leur travail et donnant une crédibilité.

C'est certain que les filles ça va leur tenter d'essayer si ça augmente la qualité des soins pis que ça facilite notre travail à long terme. C'est sûr que sur le coup, le changement, il y en a beaucoup qui sont réfractaires à ça. S'ils nous disent vraiment pourquoi il faut faire ça comme ça, plutôt que ça, c'est certain que ça va aider. (RF2-1)

Pour trois autres répondantes (RF13, RM16, RF17) en revanche, les résultats de recherche appliqués à la pratique sont synonymes de contraintes et d'alourdissement de la charge de travail, en impliquant plus de tâches administratives. Il est intéressant de noter que ces trois infirmières ont un niveau de scolarité collégial et qu'elles semblent méconnaître la recherche en général et la recherche documentaire en particulier; n'ayant eu aucune formation à cet effet. Elles sont donc peu enclines à faire des recherches documentaires dans le cadre de leur travail.

Oui pis non, ça dépend sur quoi. Ce qui arrive c'est que ça nous donne plus d'ouvrage, des feuilles pis des feuilles. Il y a beaucoup de cliniciennes, moi j'ai toujours fait les soins de la bouche pis là elle est arrivée avec une nouvelle feuille. Il y a une clinicienne pour les plaies, avec des nouvelles feuilles. C'est ben intéressant ce qu'elles nous montrent, mais c'est parce qu'on en a tout le temps plus. On n'a plus de temps avec les patients, on remplit des feuilles. (RF17)

4.3.3.1 APPLICATION DES RÉSULTATS SUR LES UNITÉS SUITE À LA FORMATION AU BTEC

L'analyse fait ressortir que la majorité des infirmières, travaillant sur les unités visées, appliquent les résultats obtenus à la suite de la formation au BTEC (RF2*, RF3*, RF7, RF8, RF11*, RF12*, RF13, RF14). Cependant, RF4 mentionne qu'il n'y avait rien de nouveau dans ces résultats et ce, même s'ils ont suscité certaines interrogations chez elle. Toutefois, RF8 dit être très sceptique quant à l'utilisation des résultats de recherche visant, dans le cas particulier auquel elle réfère, à imposer une mesure dans le cadre de sa pratique, sans plus d'informations sur la recherche effectuée. Une autre

infirmière (RF14) ne voit pas d'avantage à travailler avec des résultats de recherche mais souligne, spontanément, que l'un des sujets de la formation a apporté des modifications dans sa pratique.

J'ai de la difficulté avec ça (résultats de recherche). Disons que ça ne me viendrait pas naturellement. (...) Je demeure très sceptique là-dessus. (application de nouvelles données) [...] Je ne gobe pas ça nécessairement en me disant que c'est la vérité infuse. Je vais accepter, je n'ai pas le choix de toute façon, c'est comme ça que ça va se faire (...). (RF8)

Non, (nécessité de travailler avec résultats de recherche) jusqu'à date, à part la gastro, les diètes. Oui ça, on a tout changé nos diètes, on n'a tout changé l'approche. Ça oui, parce que c'est quelque chose de tout à fait nouveau. (RF14)

Quelques unes soulignent utiliser régulièrement dans leur pratique les nouvelles informations (RF2*, RF3*, RF7) sans pouvoir indiquer si celles-ci proviennent de résultats de recherche. Une ICC soulève l'existence de certaines difficultés lorsqu'un résultat de recherche ne peut être appliqué dans la pratique courante (RF1*).

...oui les recherches démontrent ça, mais cliniquement on est pas capable de le faire. Faque, comment je gère ça ces affaires là. (RF1)*

Par ailleurs, une seule infirmière est capable d'apporter un exemple concret relié à sa pratique concernant l'application d'un résultat de recherche autre que ceux obtenus par la formation au BTEC (RF8). Une ICC spécifie s'être mise à jour en effectuant des recherches documentaires sur un autre sujet (RF1*).

En bref, l'analyse des deuxièmes entrevues démontre que le stage au BTEC a permis d'intégrer certains résultats de recherche dans la pratique, et d'illustrer, le cas échéant, sa pertinence ou son intérêt pour les infirmières dans le cadre de leur pratique. Certaines parmi celles ayant participé à la première entrevue ont ainsi pu développer un point de vue plus positif en la matière. Si l'information est prête à utiliser (RF1*) et que l'application demeure concrète et avec des résultats immédiats (RF9*), les infirmières des unités s'y intéresseront beaucoup. En effet, certaines infirmières n'ayant pas suivi la formation considèrent positivement le travail avec des résultats de recherche (RF4, RF7, RF13) et le croient même nécessaire (RF4, RF13). Elles le voient comme une contribution pour améliorer et faire évoluer la profession et les pratiques (RF4, RF13), augmenter la qualité des soins (RF7, RF8, RF13) et promouvoir l'autonomie des infirmières (RF13) et ce, même si l'une d'entre elles ne constate aucun changement dans sa pratique au moment de l'entrevue (RF7).

Cette application de la recherche est plus remarquable en pédiatrie où les résultats obtenus lors de la formation au BTEC sont déjà appliqués dans la pratique quotidienne. Les changements de pratique soulignés concernent les diètes alimentaires (RF9*, RF10*) et la réintégration d'une pratique qui ne se faisait plus soit l'aspiration chez les bronchiolites (RF11*, RF12*).

On a eu des changements. Faque, c'est rendu légère pédiatrique [pour les diètes alimentaires] plutôt que constipantes 1, 2, 3, que nous autres on avait vraiment... Ça c'est devenu plutôt des mauvais choix et des bons choix, plutôt que seulement limité avec patates, carottes. (RF10-2)*

C'est sûr qu'on fait davantage, nous, l'aspiration. Ça se fait davantage. Ça se faisait plus, même ça ne se faisait pas du tout. Et maintenant, ça se fait quasiment d'emblée. Quand on a une admission, ils le font d'emblée (...). (RF12)*

En médecine, le document « Savez-vous que... » rédigé, à deux reprises, par les infirmières stagiaires est lu par les trois infirmières de cette unité qui ont participé aux entrevues (RF4, RF7, RF8). Des photocopies du document sont disponibles sur l'unité ce qui facilite la diffusion des informations (RF7, RF8). La lecture de ce document provoque diverses réactions dont entre autres, une plus grande ouverture face aux résultats de recherche (RF4), une possibilité d'appliquer immédiatement le résultat lorsqu'il ne nécessite pas d'informations supplémentaires (RF8) ou simplement un rappel de ce qu'elles connaissaient déjà (RF7) et une sélection de l'information en n'appliquant que ce qu'elles jugent pertinente et adéquate (RF8).

Des fois, ces des « Savez-vous que...? » qui nous font rappeler, des fois c'est des choses que je savais un petit peu, mais qui confirme. (RF7)

4.3.3.2 AVANTAGES CONCRETS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Dans l'ensemble, les avantages pour la pratique infirmière sont manifestes. Les infirmières découvrent plusieurs bénéfices à l'intégration des résultats de leurs recherches documentaires dans leur pratique. Elles reconnaissent que l'application de ces résultats contribue à l'amélioration de la pratique (RF1*, RF2*, RF9*, RF11*, RF13) et de la qualité du travail (RF4), à la compréhension des différentes composantes d'une intervention (RF3*, RF4) et à l'augmentation du niveau de confiance en elle au moment d'intervenir auprès d'un malade (RF11*). L'amélioration de la pratique à la suite de l'intégration des résultats du stage est telle que l'une d'entre elles (RF2*) suggère que ce projet soit implanté dans d'autres milieux. Une ICC convient que les résultats de recherche lui servent de soutien lorsqu'elle présente une nouvelle information (RF1*) et que, depuis sa formation au BTEC, elle retourne fréquemment consulter les bases de données sur différents sujets. Aucune autre participante souligne être retournée dans les bases de données; ce qui peut être lié à l'absence d'accès à Internet et aux bases de données.

Oui (amélioration au quotidien), parce que ça met plus de poids sur les interventions que je fais. (RF1)
...je me sens vraiment plus confiante dans ce que je dis... (RF11*)*

En somme, les infirmières de soins expriment de l'intérêt (RF9*, RF11*, RF12*) pour utiliser les résultats de recherche régulièrement. RF11* croit que l'application concrète et immédiate des

résultats de leurs recherches documentaires contribue à augmenter l'intérêt des infirmières de son unité. Non seulement la pratique infirmière a changé mais la pratique médicale s'est adaptée en collaborant à la mise en application des résultats (RF9*). Les médecins spécialistes en pédiatrie ont accepté volontiers de participer (RF11*, RF10*, RF12*).

4.3.3.3 CHANGEMENTS CONSÉCUTIFS À L'APPLICATION DES RÉSULTATS

Suite aux formations BTEC, les deux IC (RF2*, RF12*) en médecine se disent plus souvent sollicitées par les infirmières de leur unité pour répondre à certains de leurs questionnements tandis que l'ICC (RF1*) se dit davantage sollicitée par l'organisation depuis qu'elle a suivi la formation.

...quelques infirmières que je voyais qui lisaient, bon, qui lisaient nos « Saviez-vous que... » [...] qui me posaient des questions. (RF2)*

En revanche, en pédiatrie, une seule IC sur quatre mentionne servir de point de référence sur les sujets pour ses collègues de travail (RF12*), eu égard au fait que quatre infirmières (RF9*, RF10*, RF13, RF14) se sentent désormais plus autonomes dans leur pratique. Deux d'entre elles (RF13, RF14) évoquent en effet une nouvelle approche qui ne dépend plus d'une prescription médicale, mais de leur seule décision face à l'état de santé du patient.

Oui, il y en a qui étaient très contentes. [...] ...les infirmières qui ont des interrogations par rapport à ça, viennent me voir, elles viennent me poser la question. (RF12)*

Maintenant on a plus besoin d'attendre après la prescription du médecin. Ils prescrivent toutes diètes progressives, puis... euh... Parce qu'avant fallait attendre. S'ils avaient pas prescrit la diète 2 mettons, fallait attendre. Oui, ça a changé de quoi là. Puis, au point des... hygiènes nasales, on fait plus d'aspiration. On faisait pas ça avant. Donc, ça change de quoi sur l'enfant... (RF13-2)

Quatre répondantes (RF1*, RF2*, RF3*, RF9*) soulignent en outre une pratique plus éclairée, plus assurée, et une application immédiate et tangible de la recherche dans leur unité. Pour RF2* et RF3*, il sera question d'une meilleure évaluation du patient et d'une meilleure éducation à la santé.

Ben, juste la façon de... d'évaluer notre patient, de... la façon de beaucoup prévenir les complications au niveau, juste par exemple de l'oxygénothérapie, des traitements au niveau des pompes... euh... Je pense que... Mais juste... Je pense que la base c'est de faire une bonne évaluation du patient. (RF3)*

L'impact immédiat semble alors se lire dans une amélioration de la qualité des soins, de la pratique ou de la technique, évoquée par cinq répondantes (RF2*, RF11*, RF9*, RF4, RF13). Trois stagiaires parleront d'un traitement de soutien au patient plus efficace (RF11*), d'une meilleure aisance auprès des patients MPOC (RF3*), notamment en leur proposant des exercices respiratoires qui augmentent leur mieux être (RF2*).

Je peux leur expliquer là-dessus, puis aussi de faire des exercices respiratoires, donc on a vu aussi dans notre question de recherche que c'était important pour eux de faire ça. Ça peut augmenter, tu sais, leur

bien-être, puis leur respiration. Faque, c'est de leur montrer à comment bien respirer, prendre des bonnes respirations, tout ça. (RF2-2)*

Enfin, une autre conséquence notoire est celle de la diminution du temps d'hospitalisation soulignée par trois infirmières (RF9*, RF10*, RF13).

Parce que j'ai ça, entre autres, pour la gastro, parce que ça nous donne beaucoup d'autonomie. Faque, si on a plus d'autonomie souvent le patient va rester moins longtemps, parce qu'on va moins longtemps l'avoir gardé juste au pédalite. Il va manger plus vite, il va partir plus vite. (RF13-2)

Une fois la pertinence d'intégrer des résultats de recherche dans la pratique professionnelle établie, voyons les barrières et les facteurs facilitant cette intégration, évoqués par les participantes.

4.3.4 BARRIÈRES À L'INTÉGRATION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE DANS LA PRATIQUE

Cette section présente les barrières à l'intégration des résultats de recherche à la pratique infirmière, telles que les ont identifiées les répondantes. Les éléments qui nuisent à l'intégration des résultats de recherche dans la pratique sont similaires, peu importe le niveau de scolarité. Toutefois, l'analyse a permis de regrouper ces barrières en trois grandes catégories telles qu'énoncées dans la littérature :

- 1- les barrières personnelles, telles les connaissances, les valeurs et les habiletés personnelles, la mise à jour et la résistance au changement;
- 2- les barrières organisationnelles, telles la structure des milieux, le soutien et le temps;
- 3- les barrières liées à la recherche, telles les méthodes de recherche, l'accessibilité à la recherche et la vulgarisation des recherches.

4.3.4.1 BARRIÈRES PERSONNELLES

Lors des premières entrevues, six répondantes (RF2, RF4, RF9, RF18, RF13, RF20) ont souligné la **difficulté de changer leurs pratiques, leurs habitudes de travail** comme une limite personnelle importante à l'intégration des résultats de recherche à la pratique infirmière.

Celles qui n'en voient pas le bénéfice ou celles qui trouvent ça trop lourd de changer leurs pratiques. Les soins, il y a beaucoup d'habitudes qui sont installées quand les infirmières pratiquent depuis plusieurs années, fait que changer la manière de soigner, c'est lourd. (RF9)

Nos habitudes. Tu es dans ton affaire, on a comme des œillères. Tu ne vois rien d'autres que tes petites affaires et tu ne veux pas changer tes habitudes, la résistance au changement. (RF13)

Lors des deuxièmes entrevues, la résistance au changement du personnel infirmier semble encore un élément présent sur les unités. Selon les infirmières stagiaires, certaines infirmières d'expérience seraient plus réticentes à vouloir changer leur pratique (RF12*), certaines infirmières techniciennes sembleraient, d'un prime abord, moins intéressées par la recherche (RF2*) alors que les jeunes infirmières y seraient plus sensibilisées (RF3*) et finalement, d'autres considèrent la recherche comme du « *pelletage de nuages* ».

Quand on parle de faire de la recherche, puis de...tout ce qui est moins technique, plus scientifique, les infirmières je trouve qui sont...euh...sont réfractaires beaucoup à ça. [...] ...c'est du pelletage de nuages puis pour elles...pas tout le monde... (RF3)*

Ben c'est sûr qu'il y a beaucoup d'infirmières qui étaient réticentes. [...] ..ce sont des infirmières qui ont plus d'expérience. (RF12)*

Par ailleurs, une infirmière participante (RF9*) souligne qu'il y a moins de résistance lorsque le sujet rallie la majorité, où lorsque les explications sont pertinentes et concrètes (RF11*, RF12*).

Tout le monde était d'accord pour qu'on trouve des solutions, puis qu'on apporte des changements à notre pratique. [...]...j'ai pas eu beaucoup de résistance. Non, même presque pas. (RF9)*

En expliquant le pourquoi des choses, on a été capable de faire accepter, euh...à plusieurs personnes là. (RF12)*

Une répondante souligne aussi le **manque d'intérêt** pour la recherche des infirmières en général.

Ce n'est vraiment pas dans leur langage. Quand j'essaie d'amener ça, on dit: « ben oui, ça c'est vrai dans tes livres, mais dans la vraie vie, ça ne peut pas marcher ». Fait que ça ne les convainc pas, ça c'est ma difficulté. (RF1)

Si les stagiaires ont dépassé certaines barrières personnelles, tel que noté antérieurement, deux non stagiaires font mention de l'**anglais comme handicap** (RF4) ou d'un **manque d'habilités avec l'environnement informatique** (RF8). Trois autres répondantes font état d'une **insuffisance dans leurs capacités personnelles** (RF2*, RF11*), incluant un **manque relié à leur formation de base**, et identifié comme tel, en matière de recherche (RF4).

Tu sais, chercher les informations, puis sur les bases de données justement, c'est pas... c'est vraiment pas ma branche. (rire) (RF11)*

Je pense que la bachelière a une meilleure technique de recherche aussi, va aller chercher les données. Je m'amuse moins là-dedans. Je lâche facilement parce que soit je comprends pas ou je suis pas capable de faire les liens. J'ai pas eu cette base-là. (...) Mais oui, j'aimerais bien participer, mais ça me prend quand même quelques différentes données... pour ce qui est de la recherche. Ça me prendrait quelqu'un de quand même plus compétent, plus de capacité aussi d'aller chercher la recherche (RF4-2)

Bien que RF2* parvienne à faire, lors des activités de formation au BTEC, le travail de lecture concernant les statistiques, c'est avec beaucoup d'hésitation qu'elle avouera ne pas tout en saisir, freinant ainsi un peu son autonomie personnelle en matière d'analyse.

Parce que là, oui je suis capable de lire un article de recherche, de... de... de décoder, de déchiffrer toutes les statistiques et les chiffres, puis les... euh... M... ça c'est encore un petit peu flou dans ma tête. [La ICC] était bonne là-dedans, l'infirmière qui m'a chapeauté, parce qu'elle a sa maîtrise... Mais moi... euh... j'avoue que... là-dessus, j'ai un petit peu... j'ai encore un petit peu de la difficulté. (RF2)*

RF1* avoue ne pas savoir quand arrêter le processus de recherche, et accumuler *in fine* trop de matière. Cette dernière y voit une barrière personnelle dans la mesure où cela suscitera du **retard sur d'autres dossiers à traiter**.

Quand tu pars, tu commences par en trouver une, puis tu en lis une, puis tu en lis une dizaine, puis tu en trouves dix autres, puis... euh (rire). Puis ça, ça fonctionne quand tu es aux études, mais au travail ça marche pas. Il faut que tu arrêtes. Mais c'est où arrêter, quand arrêter ? (RF1-2)*

Si trois (RF1*, RF10*, RF12*) des sept stagiaires BTEC considèrent que l'application des résultats de recherche permet de sauver du temps^m, à la condition d'en investir beaucoup, deux autres (RF2*, RF9*) estiment en revanche ne pas noter de différence.

Tu sauves du temps, mais il faut investir du temps aussi. (RF1)*

Toutes les stagiaires sont d'accord pour dire que trois pré-requis sont importants pour faciliter leur apprentissage personnel soit : pouvoir lire les articles en anglais (RF3*, RF10*, RF11*), prendre le temps nécessaire (RF10*, RF11*, RF12*), et avoir acquis les connaissances suffisantes du processus de recherche lors de leur formation initiale (RF2*, RF3*). À noter cependant que, sur l'ensemble des répondantes, cinq (RF2*, RF12*, RF4, RF7, RF8) disent préférer **prioriser le patient** plutôt que la rechercheⁿ durant leur quart de travail; le temps pour faire de la recherche documentaire passerait ainsi en second plan.

Je m'en irais pas faire de la recherche, même si ça serait plaisant. Ça va être les patients avant, tu sais. Je suis au chevet donc... euh. (RF2-2)*

4.3.4.1 BARRIÈRES ORGANISATIONNELLES

Que ce soit dans la première ou la seconde série d'entrevues, la première barrière organisationnelle dénoncée est le **manque de temps** relevant, selon les répondantes, d'une pénurie de personnel et d'une trop importante charge de travail (RF1, RF2, RF4, RF10, RF13, RF15, RM16, RF17, RF18, RF19). De fait, l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique se verrait freiner par l'alourdissement croissant de la tâche de travail.

Le temps tourne toujours, c'est toujours l'affaire qui est la première, s'ils considèrent que ça va prendre trop de temps faire ça, que ce n'est pas applicable dans leur quotidien, peu importe ce que tu vas amener, ils ne le feront pas. (RF1-1)

Le temps on n'en gagne pas, tout le monde nous dit qu'on va finir par gagner du temps, mais ce n'est pas vrai, on n'en gagne pas, on en perd habituellement avec les nouvelles choses (...). Pour le reste, à mon avis, il n'y a pas vraiment de freins, sauf quelque chose qui augmenterait encore la charge de travail. Ça c'est sûr et certain que les gens ne le feront pas, ça ne se peut pas. Je pense qu'on est au maximum. Ce serait trop. Ils ont une demande énormément depuis un bout de temps, on veut nous former, nous donner des choses, ça ne correspond pas toujours à ce qu'on veut. On est obligé de le subir, les gens sont déçus de ce qu'ils ont eu, ils ne veulent plus embarquer dans rien après. (RF4-1)

^m Le temps peut donc être vu comme une barrière personnelle ou organisationnelle. L'organisation peut ne pas donner du temps à la recherche documentaire mais l'infirmière comme individu peut aussi ne pas prendre le temps de le faire.

ⁿ Il est à noter ici que ces répondantes parlent de recherche proprement dite et non de recherche documentaire. Ces infirmières ne semblent pas voir le lien entre la recherche documentaire (synthèse des écrits) et les soins aux patients ni la pertinence d'appuyer leur pratique sur des résultats probants dont les résultats de recherche.

La seconde série d'entrevues dénonce de la même façon un « *manque de temps* » mais permet d'aller plus loin dans sa compréhension. En effet, l'analyse des secondes entrevues démontre un **emploi du temps saturé**, alliant un nombre croissant de patients par infirmière (RF4, RF7, RF8) et une complexification des tâches (RF10*, RF12*, RF4) à la lourdeur de tâches administratives (RF10*, RF8), pourtant incontournables. Sans oublier toute la part de temps aléatoire et impossible à évaluer résultant du temps que requerront les patients, relativement à leur état de santé (stable, amélioration, aggravation). Puis, bien sûr, du temps consécutif au nombre des patients qui s'ajoutent (admissions) ou se retranchent (sorties ou transferts), alourdissant ou allégeant d'autant la charge de travail.

Quand on nous voit, ça bouge tellement que ... C'est ce qu'on fait, remarquez. Mais il y a des fois je me dis, on fait quasiment la folle. Ça n'a pas d'allure. C'est comme aujourd'hui, 3 départs, 2 transferts qui revenaient des soins pis je n'avais pas le temps de faire ça. (RF8)

Ce qui se traduit, chez les infirmières, par la sensation d'être continuellement dispersées (RF12*, RF8) ou débordées (RF4), de ne pas faire leur travail correctement (RF10*, RF8), et surtout de toujours manquer de temps (RF1*, RF10*, RF12*, RF4, RF8). Dans cette perspective, le temps pour la recherche documentaire passerait après le travail de plancher, et après avoir pris du temps pour la relation d'aide. La saturation du temps de travail semble exclure toute probabilité d'y ajouter un temps alors long pour faire de la recherche documentaire et la lecture des articles scientifiques répertoriés et ce, même si cela peut paraître dommage pour certaines.

Je trouve ça dommage parce que justement comme on disait tantôt, on peut tellement sauver du temps, on peut tellement...en passant par la recherche plutôt que de passer des années à essayer des techniques qui marchent pas, ben...en cherchant tout de suite, on... (RF3)

Cela même aussi pour les ICC qui ont paradoxalement pour mandat de renseigner les questions de pratique par la recherche de résultats probants.

Euh...moi, je pense que c'est au niveau du temps à investir. Parce que quand je travaille, j'ai... tu sais, j'ai 56, 56 000 je devrais dire, dossiers à gérer en même temps. Des fois au niveau des priorités, on a pas le choix, mais... euh... Tu sais, c'est quand même beaucoup de temps à investir ce genre de recherche-là. Moi, je pense que c'est la seule affaire qui me... qui nous limite. (RF9-2)*

Une seconde barrière organisationnelle découlant de la première est, selon les répondantes, **l'absence de volonté de « libérer » du temps** pour faire de la recherche (RF1*, RF2*, RF9*, RF10*, RF11*), et ce, en dehors du stage. Libérer du temps semble conditionnel à l'assurance que les infirmières feront ce pour quoi on leur permet de s'absenter de leur lieu de travail. Ainsi, l'organisation « *ne donne pas assez de temps* » (RF1*) puisqu'il semble difficile de « *libérer* » des infirmières (RF9*). RF2* y voit un paradoxe criant relativement à la demande de recherche exigée par son poste.

Donc j'ai pas vraiment de temps pour la recherche, puis ils veulent pas vraiment me donner de journées de libération... donc... euh... Je trouve que notre rôle des fois, c'est comme un peu ambigu. (RF2)*

Une troisième barrière relate un **problème persistant d'accès physique et de divulgation d'information** au sein des unités de soins; problème également soulevé dans la première série d'entrevues par six répondantes (RF2, RF4, RF10, RF15, RF19, RF21).

Moi, la barrière, c'est de ne pas savoir que ça existe pis que je ne sais pas, je ne peux pas les consulter, pour moi c'est ma barrière. À partir du moment où je sais que je peux aller à tel endroit pour trouver de l'information, c'est plus une barrière, être informée. (RF21)

Aussi trois des infirmières de la seconde série d'entrevues (RF12*, RF4, RF8) parlent d'une **absence de suivi des résultats de la recherche** à laquelle elles ont déjà participé.

Des fois, il y a des prélèvements, des examens [comme collecte de données] pis on se dit ben voyons, pourquoi ? Pourquoi ils font ça ? Ben non, c'est comme ça. Des fois, on n'est pas capable d'avoir de l'information par rapport à ça. On ne peut pas dire pourquoi. (RF12)*

Le **manque de documentation** en général, et plus récente en particulier, est aussi un des freins dans la recherche d'information dans les deux séries d'entrevues. RF10, lors de sa première entrevue, en fait mention, tandis que RF4 lors de sa seconde entrevue relate la disparition de certains livres sur son étage ainsi que la non accessibilité de la documentation, même sur demande.

Quand je passe, la documentation qui traîne, je vais la lire, sauf qu'on n'a pas un grand accès ici à la documentation sur le département, même des choses qui sont reliées à des patients, à des maladies qu'on a ici ou à des services de médecine, on ne les a pas. (RF10-1)

Ça fait longtemps que je demande des documents. (...) Ben moi j'ai demandé au chef de département, à l'assistante de jour, à l'assistante de soir. Souvent ça se perd, je reviens pas là-dessus. Il faudrait peut-être que je m'y installe puis le demander. Il y a quelques documents qui étaient disponibles, mais ils ont disparu. (RF4-2)

En outre, quatre infirmières (RF11*, RF12*, RF7, RF13), toujours dans la seconde série d'entrevues, déplorent le fait de **ressources limitées** relativement à leur quart de travail.

(...) Parce qu'on est rien que deux la nuit ici. Puis là, tu as deux infirmières, faque si c'est pas une, c'est l'autre (rire). Puis si les deux le savent pas... (RF13-2)

(hésitation) moi je ne la vois pas vraiment notre infirmière cadre conseil parce que de soir, elle n'est pas là. (RF11)*

Le **manque d'accès à Internet** est une autre des barrières majeures des unités de soins, repérée dans la première comme dans la seconde série d'entrevues, ainsi que lors de l'observation sur le terrain. Relativement à la question de l'accès à Internet sur les postes de travail, nous avons une somme d'informations contradictoires chez neuf répondantes (RF2*, RF3*, RF10*, RF11*, RF12*, RF4, RF8, RF13, RF14).

Trois infirmières (RF10*, RF11*, RF12*) diront ne jamais avoir eu d'accès à Internet sur leur unité, deux autres (RF3*, RF11*) parleront d'un accès possible à la bibliothèque. Parmi celles qui pensent

ou disent avoir accès à Internet, quatre parlent d'ordinateurs sur leur unité (RF2*, RF4, RF12*, RF14), et plusieurs font mention d'un accès compliqué ou limité (dont RF10*), voire interdit (RF13).

Ben, on a pas...on a pas le droit de s'en servir. Y sont connectés sur Internet, mais ça été un hasard si on l'a su, parce que... euh... on a pas le droit de s'en servir. (RF13-2)

Lors de l'observation sur le terrain, nous avons constaté que certains postes de travail avaient accès à Internet notamment celui de l'ICC, de l'infirmière de liaison (possédant un portable) et de l'infirmière chef. L'accès compliqué (RF10*) comme le manque de disponibilité du poste (RF2*) semble décourager.

Il faut que j'aille dans le bureau à [la ICC], si... Puis là, il faut que j'aye son mon de passe, il faut que j'aye ci, il faut que j'aye ça. Faque, regarde. (RF10-2)

Parce que c'est un ordinateur qui est placé sur l'étage au poste de garde des infirmières, donc il y a beaucoup d'infirmières, puis ça bouge beaucoup, tout ça. (RF2-2)*

Manque d'accès que justifie, en outre, un discours répandu sur une utilisation potentiellement non professionnelle des infirmières (RF10*, RF12*, RF13, RF14), ce qui déçoit beaucoup d'infirmières.

Ben, si j'avais eu l'accès, ils me l'auraient enlevé en novembre. Non, non, regarde, ils ont vraiment peur qu'on s'amuse. (RF10)*

Mais souvent on n'a pas... (légère hésitation) on n'a pas le temps d'aller s'asseoir pis aller chercher, commencer à aller chatter ou je le sais-là. (rire) On travaille, on n'a pas le temps de faire ça ; on n'a même pas le temps de regarder une revue, on n'a pas le temps de... Je ne vois pas pourquoi on aurait le temps d'aller s'asseoir sur l'ordinateur, pis commencer à chatter sur Internet. (RF12)*

Finalement, le **respect de la structure organisationnelle** de l'hôpital vient limiter l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique infirmière selon cinq répondantes (RF4, RF9*, RF10*, RF18, RF20). Si les infirmières se doivent de respecter entre autres les instructions des médecins (RF4, RF10*), et les décisions liées à la recherche doivent quant à elles être prises par les instances décisionnelles de l'hôpital (RF9*). Les **compressions budgétaires** pourraient également limiter la mise en application de certaines recherches, selon une répondante (RF18).

Je ne peux pas prendre la décision de dire (...), même si dans toutes les lectures que j'ai faites, même si dans la littérature, c'est ce qui est le mieux pour le patient. Fait que ça c'est quelque chose que je ne peux pas changer moi, mais que je sais que c'est ça qui est mieux. C'est une instance autre que les soins infirmiers. C'est la direction générale, c'est le corps médical aussi, je n'ai pas ce pouvoir là. On a les données, on sait que c'est ça qui a de mieux. (RF9)*

4.3.4.3 BARRIÈRES LIÉES À LA RECHERCHE

Globalement, plusieurs des stagiaires perçoivent comme difficile le processus de recherche documentaire ainsi que la lecture des articles scientifiques. En effet, elles considèrent ce processus comme étant **un processus long** (RF1*, RF3*), **lourd** (RF9*), **lent** (RF2*, RF12*), **laborieux**

(RF2*), **abstrait** (RF3*) et **exigeant beaucoup de temps** (RF2*, RF10*, RF11*). RF1* et RF9* estimeront impossible le recours systématique à la recension d'écrits pour prendre des décisions, eu égard au besoin souvent ressenti d'une « *réponse éclair* » (RF9*), mais aussi à cause d'un **manque de lien perçu entre la recherche et la pratique**.

...tout le processus était tellement, au départ c'est tellement abstrait, c'est dur de voir le lien avec la pratique... (RF3)*

Ce constat apparaît autant dans la première série d'entrevues (RF1, RF2, RF4, RF13, RF20, RF21) que dans la seconde (RF1*, RF3*, RF8, RF13); à noter la persistance de ce constat chez RF1*-1-2.

C'est juste de montrer que c'est plus rapide, plus ... Que ça nous avance à quelque chose, je ne changerai pas si c'est pour donner le même résultat. (RF20)

Ce que je suis en train de mieux comprendre, c'est qu'il y a des données probantes, oui, mais après ça dans le clinique, c'est pas toujours applicable. C'est pas parce que les recherches disent ça que l'on est capable de le faire. Cliniquement, c'est pas aussi probant que ce que la recherche nous donne. (RF1-2)*

Toutefois, l'une d'entre elles nuance ces aspects négatifs en précisant que ce processus est variable et dépend des habiletés de la personne effectuant la recherche (RF11*).

Je pense que c'est variable. Je pense que ça dépend... Oui, ça dépend du sujet, ça dépend de notre habileté à chercher aussi notre habileté à lire... (RF11)*

La recherche est également freinée par le **manque d'accès à l'information ou au dévoilement des sources de l'information** résultant de **tensions subjectives entre les infirmières**, relativement à la hiérarchisation des deux types de savoir existant dans le milieu des soins infirmiers : le savoir clinique (« *de plancher* »), et le savoir théorique (données probantes). Ce manque d'accès se lie dans la non divulgation des sources d'information. Ainsi, deux des sept stagiaires (RF1*, RF9*), soit les deux ICC, disent donner la source de leurs informations aux autres infirmières. En revanche, trois (RF3*, RF11*, RF12*) seront plus mitigées : RF3* répondra « *probablement* »; RF11* et RF2* diront « *pas nécessairement* ».

Des fois, quand c'est des choses que l'on a cherché justement dans notre BTEC, ben c'est dans un article. Je ne dis pas quel article, parce qu'eux autres, ils ne savent pas c'est quoi là. (RF12)*

A ce constat de volonté mitigée de divulgation des sources d'information répondent les affirmations des autres infirmières les corroborant. Ainsi, trois répondantes (RF4, RF8, RF14) affirment qu'on ne leur donne pas la source des informations, RF13 « *des fois* », deux enfin peuvent identifier la source divulguée verbalement (RF10*) ou par écrit (RF7). Ce que déplorent quatre infirmières qui aimeraient alors connaître les sources des informations afin d'aller plus loin (RF4), pour la crédibilité (RF7, RF8), ou éventuellement pour pouvoir vérifier (RF10*).

Oui, parce que ça me permettrait après ça d'aller fouiller un petit peu plus profondément. Oui, ça serait toujours utile. (RF4, en réponse à la question : aimeriez-vous savoir d'où vient l'information)

Oui mais recherche, mais qu'on me dise... Ben c'est ça, je reviens encore un petit peu à l'oxygène, oui c'est une recherche. Faite où ? Qui est à la base ? Pourquoi, c'est arrivé tout d'un coup dans le décor ? (RF8 relatant une mesure imposée).

Toutefois, deux répondantes (RF13, RF14), toutes deux ayant un niveau collégial, affirment n'être intéressées que par l'information elle-même et non par la source. D'autres croyances sont aussi invoquées telles l'assurance que les infirmières méconnaissent les différentes sources (RF12*), la conviction qu'une information provenant de la ICC sous-entend que les recherches qu'elle fait, le sont sur les bases de données et sont implicites à toute l'information qu'elle diffuse (RF2*, RF7, RF10*) et la croyance voulant qu'avec une technique le besoin d'en connaître la source n'est pas nécessaire (RF2*, RF12*) parce qu'elle provient souvent de l'expérience personnelle (RF14).

...c'est comme par exemple (ICC), c'est elle qui fait beaucoup de recherche ou qui nous apporte de la documentation. Souvent, son nom est marqué, donc automatiquement, je sais que ça vient de...d'une source...d'une source de recherche ou basée sur des données. Je peux pas dire si c'est des bases de données ou c'est sur quoi là, mais je...je sais que ça vient un peu de ces source là. (RF7)

Non (donner la source). Quand on parle... ça vient de leur expérience personnelle (RF14)

Une infirmière laisse entendre que, relativement aux cas considérés peu complexes rencontrés sur son unité de soins, le dévoilement des sources d'informations n'est pas essentiel (RF14). En revanche, évoquant « *des grosses unités de soins intensifs pédiatriques gouvernementales* », RF14 considère alors incontournable le dévoilement des sources. RF13 mentionne, quant à elle, qu'elle n'accorde aucune importance à la personne qui fait la recherche en autant qu'il y a eu une recherche. Par ailleurs, elle précise que les résultats doivent être fiables et dit se fier à son « *gros bon sens* » pour évaluer la crédibilité du résultat.

Aussi, l'analyse des données soulève un **problème criant de diffusion** des résultats de recherche. En effet, lors de la première série d'entrevues, dix des répondantes (RF1, RF15, RM16, RF17, RF4, RF9, RF18, RF19, RF20, RF21) n'étaient pas au courant des recherches en cours dans l'hôpital. Deux d'entre elles (RF19, RF20) déploraient un manque d'uniformité dans l'application des nouvelles directives. Face aux recherches antérieures, il n'y aurait pas eu de ligne de conduite suffisamment claire pour que tout le personnel médical applique les nouvelles procédures.

Des fois une le fait, l'autre ne le fait pas là, tu gardes ta méthode. Il faut dire : « tout le monde fait ça » ou « tout le monde ne fait pas ça ». De jour, c'est sûr qu'ils ont les médecins proches, ils peuvent parler beaucoup avec eux. Nous autres, on est de soir, fait que si ça ce n'est pas rendu jusqu'à nous autres, on marche selon nos affaires à nous autres. Faut venir nous chercher si on veut qu'on embarque, pour que tout le monde fasse la même chose, nous autres c'est ça qu'on recherche. (RF20)

Lors de la seconde série d'entrevues, deux infirmières (RF4, RF8) dénoncent le fait que la recherche sert soit à corriger « *des erreurs* » (RF4) de pratique, soit à imposer des mesures sans les discuter (RF8). Si l'uniformité de l'application des mesures ne fait pas défaut, la recherche va cependant revêtir, pour ces deux infirmières, un **caractère irritant** puisque se substituant de manière arbitraire au savoir pratique, en vue de le corriger. Certaines y liront une dévaluation de leur pratique à laquelle répondront des tensions sous forme de méfiance, voire d'un certain scepticisme vis à vis des résultats de recherche alors mal accueillis (RF7).

Alors on m'avertit la semaine dernière que suite à une recherche, (...) on n'a plus besoin d'hydrater l'oxygène. Alors moi de par ce que j'ai vu, c'est certain, je reste très sceptique parce qu'on est dans un contexte monétaire très difficile et moi, j'ai vu un signe de piastre automatiquement, beaucoup plus que le confort du patient. Peut-être que j'avais tort depuis 28 ans, que j'installais, comme on installait l'oxygène de cette façon-là. Même avec ça, on a des gens qui saignaient du nez. C'est très irritant, alors on vient me dire que je suis dans le champ que c'est pas vrai. Je demeure très sceptique là-dessus (RF8)

Dans cet extrait d'entrevue, RF8 interprète cette mesure non comme une volonté d'améliorer la qualité des soins chez le patient, mais plutôt en lien avec une **question de coût**. S'en suit un mélange de surprise et de mécontentement du fait d'une ancienne pratique qui devient, de fait, et rétroactivement, invalide; ici pour raison pécuniaire.

Les tensions perçues ressortiront aussi parfois sous forme de discours désobligeants en lien avec le niveau d'études : les infirmières bachelières se feront appelées « *pousseurs de crayons* » (RF2*, RF12*, RF7), tandis que les infirmières techniciennes seront présupposément désintéressées par la recherche. Ces discours s'appliquant sur les unes et les autres au sujet du savoir théorique créent des **barrières subjectives** qui nuisent à la recherche et à son implantation. Les protagonistes de la recherche y liront des formes de résistances au changement, tandis que les infirmières consolideront par ce biais la protection de leur savoir pratique en faisant barrage à la recherche. Barrage à l'utilisation de la recherche quand elle se perçoit comme étant arbitraire ou dévalorisante, mais qui trouverait alors une parade dans une meilleure communication. Voyons ce qui pourrait faciliter l'utilisation de la recherche dans la pratique professionnelle.

4.3.5 FACTEURS FACILITANT L'INTÉGRATION DES RÉSULTATS DE RECHERCHE À LA PRATIQUE

Cette section présente les facteurs pouvant faciliter l'intégration des résultats de recherche à la pratique infirmière, tels qu'identifiés par les répondantes. Ces facteurs facilitants évoqués en entrevue font écho aux barrières soulevées par les répondantes. De plus, ils sont relativement similaires, peu importe le niveau de scolarité des infirmières. Ainsi, l'analyse a permis de les regrouper en trois grandes catégories telles qu'énoncées dans les écrits :

- 1- les facteurs facilitants liés à la personne, qui touchent aux connaissances, aux valeurs et aux habiletés personnelles ;
- 2- les facteurs facilitants liés à l'organisation, qui concernent la structure et la culture des milieux, le soutien et le temps ;
- 3- les facteurs facilitants liés à la recherche, qui se rapportent aux méthodes de recherche, à l'accessibilité à la recherche et à la vulgarisation des recherches.

4.3.5.1 FACTEURS FACILITANTS LIÉS À LA PERSONNE

RF1* verra comme premier facteur facilitant, le fait de **susciter l'intérêt** pour la recherche chez le personnel infirmier. Ce facilitateur a aussi été mentionné lors des premières entrevues par deux infirmières (RF4, RF9). Ces répondantes considèrent toutefois que l'intérêt pour la recherche est loin d'être généralisé chez les infirmières. RF3* parlera de l'aspect utilitaire de la recherche pour prouver sa pertinence.

Je pense qu'il y a des gens qui ne sont pas du tout intéressés par la recherche, mais ceux qui le sont, je pense qu'on devrait favoriser ça. (RF9)

Ben parce qu'il faut faire de la recherche, mais il faut que ça servent au bout de la ligne. Trouver des résultats pour trouver des résultats, si ça sert la concrètement, ben je trouve que c'est du temps perdu. (RF3)*

Selon quatre répondantes (RF2, RF10, RF19, RF20), il serait intéressant de **créer un effet d'entraînement** afin de stimuler tous et chacun à s'intéresser à la recherche. Une répondante (RF10) suggère même de créer des équipes d'infirmières afin d'étudier et d'analyser les résultats de recherche.

Juste moi, je commence à en parler pis je suis intéressée à ça. C'est certain que la motivation c'est contagieux, s'il y en a qui sont réfractaires à ça, ça n'aidera pas, oui c'est ça. (RF2)

Dans la seconde série d'entrevues, cinq infirmières (RF1*, RF2*, RF10*, RF4, RF14) parlent de développer ou d'améliorer leurs connaissances, par le biais notamment de **formations**.

Moi, c'est sûr que...qu'on ait le plus de formations possible, déjà, on en a beaucoup ici. Mais, souvent c'est des mises à jour je dirais plus (...). Parce que, tu sais, c'est quand même loin l'école. (RF2-2)*

4.3.5.2 FACTEURS FACILITANTS LIÉS À L'ORGANISATION

Si le manque de temps est un problème majeur, trois répondantes (RF1*, RF4, RF8) souhaiteraient voir **alléger leur charge de travail**, ce qui faciliterait grandement l'intégration de la recherche.

Parce que si il faut faire la recherche au travail, j'ai jamais le temps de faire ça au travail comme je voudrais le faire. (RF1-2)*

En outre, quatre autres (RF1*, RF2*, RF3*, RF10*) aimeraient **disposer d'une ou de plusieurs journées par an** pour se mettre à jour ou faire de la recherche.

Moi, je trouve, pas nécessairement dans ma pratique à moi, je trouve qu'il devrait y avoir plus de budgets pour les infirmières, pour faire de la recherche, parce que moi je pense vraiment que ça peut changer quelque chose. (...) je trouve que ça manque beaucoup, c'est une question de budget aussi. L'hôpital a pas le budget de payer des infirmières à faire de la recherche. Je pense que c'est quelque chose qui... au bout de la ligne, je pense que ça serait un bon investissement. (RF3)*

RF12* souligne en effet que la possibilité de pouvoir travailler à l'université à l'intérieur du stage a été un facteur très facilitant.

(...) on avait le temps de le faire à l'université. Donc, ça, ça allait bien là. (RF12)*

Par ailleurs, quatre répondantes (RF10*, RF11*, RF12*, RF4) souhaiteraient avoir des **sources d'information actualisées et diversifiées** : une mise à jour des cahiers, des protocoles, de la documentation et de l'affichage parfois obsolète (RF10*, RF11*, RF4), avoir plus de volumes de référence (RF12*), voire créer des banques d'informations visuelles (RF4).

Alors, je me dis pourquoi pas justement créer des banques d'informations visuelles concernant plusieurs examens. Ce serait pas compliqué, le médecin en fait 20 par jour des gastroscopies. Alors, expliquer c'est quoi, comment il fait, où il va, pourquoi il gèle, il y as-tu une préparation spéciale, qu'est-ce qui est dangereux, c'est quoi les effets secondaires. (RF4-2)

Internet est aussi repéré comme un moyen probant d'accès physique à l'information pour quatre stagiaires (RF3*, RF10*, RF11*, RF12*). A noter que ces répondantes sont également celles qui se sont senties privées de cet accès durant leur stage.

Enfin, deux répondantes (RF2, RM16), lors des premières entrevues, croient que le fait de **travailler dans un centre hospitalier universitaire (CHU)** soit un facteur facilitant l'intégration des résultats de recherche à la pratique infirmière. Ces dernières considèrent qu'il y a plus de recherches en cours et plus de contacts avec le milieu universitaire dans un CHU et que cela peut constituer une source d'inspiration pour le personnel infirmier. Par contre, dix répondantes (RF1, RF15, RF4, RF9, RF10, RF18, RF13, RF19, RF20, RF21) ne croient pas que d'œuvrer dans un CHU influe sur l'intégration des résultats de recherche à la pratique infirmière. Pour celles-ci, il semble que le fait de travailler dans un CHU change peu la pratique.

On n'a pas beaucoup de contact, on ne voit pas cette différence là nous autres en médecine. Est-ce qu'on a des gens de l'Université Laval ? Ce contact là, on ne le voit pas, dans notre vécu on ne le voit pas. Il va avoir quelques résidents, ils ne sont même pas sur les étages. Le lien avec l'université d'un côté ou de l'autre, on ne le voit pas. Quand il y a un individu qui vient pour amorcer une recherche ou qui suit un médecin, il ne se présente même pas, on ne le voit pas. Donc il ne fait pas partie de l'équipe. Je ne peux pas dire que ça a changé grand chose pour nous autres, d'être affilié avec l'Université Laval. Actuellement en tout cas ça ne change absolument rien. (RF4)

À date, ce n'est pas nécessairement, il faudrait vraiment que...Parce que c'est une ouverture, on peut créer plus de choses, mais il faut qu'il s'en crée. Faut qu'il y ait un mouvement pour vouloir faire de quoi. S'il n'y a rien qui s'amorce, ça ne changera rien au bout. (RF20)

4.3.5.3 FACTEURS FACILITANTS LIÉS À LA RECHERCHE

Relativement à certaines des barrières énoncées, la première série d'entrevues a permis de rendre compte, pour six répondantes (RF1, RM16, RF4, RF18, RF13, RF21), de l'importance d'**avoir des preuves de la pertinence et de la validité de l'application** de la recherche dans la pratique concrète, en vue de faciliter l'intégration des évidences ou preuves scientifiques dans le travail des infirmières.

Quand on voit des résultats concrets pis que ça peut apporter quelque chose de bien à notre patient, je trouve que ça pourrait très bien me convaincre. Pourvu que ça ne tombe pas dans l'acharnement thérapeutique à quelque part, mais on est là pour faire notre travail, on est les exécutantes. (RM16)

Être pratico-pratique, si ça ne change rien, pourquoi faire cela, si ça n'a pas de nécessité, on n'embarque pas. On n'est pas trop conceptuel. (RF13-1)

En ce sens, la **diffusion de l'information et sa vulgarisation** semblent essentielles à l'implantation de la recherche dans le milieu infirmier. Dix infirmières lors des premières entrevues (RF1, RF2, RF15, RM16, RF17, RF9, RF10, RF18, RF13, RF19) souhaitent une diffusion et une vulgarisation des résultats de recherche pour les rendre le plus accessible possible. Une présentation simple, claire et concise des résultats de recherche pourrait faciliter leur compréhension et leur intégration dans la pratique des infirmières.

Il faut quand même vulgariser, on est quand même juste des techniciennes. Si on prend une recherche brute pis on nous la donne, on va être incapable d'aller chercher l'important. Mais si on est capable de nous la vulgariser pour un niveau de technicienne. En fonction de l'âge aussi, on en a vu passer un peu, mais pour une plus jeune, qui sort du Cégep, elle va avoir plus de difficulté à lire ce type de recherche là, surtout si c'est très lourd. Il y a moyen de les rendre faciles, accessibles à tout le monde. (RF4-1)

Je dirais que les tableaux, pour que ce soit facile à voir, à visualiser, plutôt que de faire la lecture au complet d'un article. Je pense que ça facilite beaucoup d'avoir un tableau en fait. Les résultats sont là, ils sont bien disposés, ça parle beaucoup un tableau. (RF10-1)

Deux infirmières (RF4, RF8) soulignent pareillement la **transmission des informations** comme facteur facilitant, comme l'avaient souligné cinq infirmières (RF1, RF2, RF19, RF20, RF21) lors des premières entrevues et ce, en vue de rendre les informations liées à la recherche disponibles pour les infirmières.

C'est sûr que si c'est présenté à tout le monde, sur une réunion de département, tu le mets à l'ordre du jour pis tu décides d'afficher partout que : « tout le monde, on fait ça maintenant. (RF20)

Nous informer comme il faut pis nous donner des ressources pis des clés comment y aller. Moi c'est ça, être informé je pense. (RF21)

En matière de transmission d'information, RF1* souhaiterait voir se constituer un regroupement d'infirmières cadres afin de discuter sur le thème « *le clinique versus les données probantes* ». Mais

aussi, pouvoir diffuser ses recherches dans d'autres hôpitaux pour bénéficier en retour de celles effectuées par ses consoeurs.

Parce que, encore à l'heure actuelle, si moi je fais une recherche ici, ben ça appartient à l'Hôtel-Dieu de Lévis... Faque, tu sais, comment faire pour qu'on puisse faire des travaux avec différents hôpitaux, puis que ça appartienne à toutes les hôpitaux... Ça c'est une question d'argent... (rire) C'est une barrière. Je pense qui n'est pas insurmontable, parce que ça se discute déjà en ce moment puis tout le monde est conscient que l'on a besoin de se regrouper pour être capable de faire avancer des projets comme ça. Faque ça, je pense que c'est quelque chose, d'encourager ça c'est beaucoup au niveau des administrateurs. (RF1)*

Le **recours à des personnes ressources** étaient également un facteur facilitant pour deux répondantes (RF1, RF2) lors des premières entrevues; ce que reprend RF9* lors de sa seconde entrevue. Cette dernière parle alors d'être aidée à la diffusion par ce qu'elle nomme des « *alliés* ».

Ben des alliés, des gens qui vont nous... nous aider à faire passer les... les... les informations. Tu sais, les gens qui... il y a des gens qui sont des leaders nés, tu sais, qui ont le tour de parler à leur coéquipier, puis... Je pense que ça c'est important d'en avoir sur le terrain, parce que je peux pas arriver toute seule, puis essayer de donner de l'information. Des fois, c'est plus difficile. (RF9-2)*

Lors de la seconde série d'entrevues, plusieurs des répondantes soulignent ce recours possible à des personnes ressources. Il peut s'agir de la bibliothécaire, de l'ICC, de l'assistante infirmière chef (AIC), ou de la formatrice du stage. Deux répondantes (RF1*, RF3*) parlent en effet de la formatrice du BTEC pour actualiser les méthodes et outils de recherche et pour être encadrées, ou par extension, une personne ressource ayant des compétences similaires.

D'abord être capable d'appeler quelqu'un pour de lui dire, écoute, moi je fais des recherches tout ça... je... je suis pas sûre, est-ce que tu peux m'aider là-dedans ? Ou ben juste, par exemple quand je suis retournée, il y avait des types de tableaux que je n'étais plus sûre de ce que ça voulait dire tout ça. J'ai regardé un peu dans mes livres... Faque, tu sais, d'avoir une ressource pour être capable de discuter avec elle... euh... ça serait extraordinaire. (RF1-2)*

La bibliothécaire serait une personne ressource appréciable pour trouver les articles scientifiques demandés^o (RF3*), mais pourrait en outre, avec une formation adéquate (ex. type BTEC), faire le travail de présélection d'articles relativement à la question de recherche (RF9*).

Je pense que juste le fait d'exploiter davantage les services qu'on a ici à la bibliothèque, puis en plus, je pense qu'on parlait déjà de former ces filles-là pour la recherche. (...) ces filles-là peuvent faire la recherche pour nous aider davantage, puis elles le font déjà, mais là ça serait...ça serait déjà super. (...) Tu sais, il nous reste juste à les lire ou à faire le tri ou... euh... c'est déjà moins lourd que de toute faire la recherche. Je pense que ça serait ça. (RF9-2)*

Enfin, sept répondantes (RF2*, RF3*, RF10*, RF11*, RF12*, RF7, RF13) réfèrent au rôle de l'ICC pour répondre à leurs questions, aller chercher des informations, orienter ou encadrer les recherches. Un rôle bien compris par ces infirmières puisque l'une des ICC se définit comme suit.

^o Il est à noter que la bibliothèque offre déjà ce service mais les unités de soins ne semblent pas au courant.

Je pense que j'ai un rôle de... pour apporter de la nouveauté ou... euh... actualiser la pratique. Puis, j'ai un rôle aussi de... mon titre l'explique bien, conseil. Tu sais, j'ai un rôle de trouver des réponses à leurs questionnements, puis de les aider dans leur pratique. (RF9-2)*

A noter toutefois que deux répondantes (RF12*, RF14) déplorent de ne pas voir leur ICC car travaillant respectivement de soir et de nuit. RF4, travaillant de jour, aimerait se sentir plus en lien avec l'ICC de son unité tandis que RF8 est déçue du rôle de l'ICC dans sa pratique.

Déçue, pas de la personne comme telle dans le sens, mais cette fonction-là [la ICC] quand ça nous a été dit ça devait justement, oui, être quelque chose qui devait nous donner un coup de main. Pis bon Dieu, j'attends encore. (...). L'hôpital veut la rentabiliser faque (rire) ils la mettent à ben des niveaux faque c'est comme nous autres, elle fait ce qu'elle peut. Moi, je rationalise comme ça pour... pour (hésitation) m'aider là-dedans. (RF8)

Aussi, les assistantes infirmières chef peuvent également jouer le rôle de pivot en acheminant les requêtes et questionnements vers leur résolution, pour deux infirmières (RF4, RF7). En ce sens, RF14 ajoute que plus d'infirmières devraient faire le stage BTEC pour devenir à leur tour des personnes ressources sur certaines questions.

4.4 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les tableaux aux Annexes Q et R présentent une synthèse thématique des résultats : retour sur la formation au BTEC, stratégies de prises de décision, pertinence, barrières et facteurs facilitant l'intégration des résultats de recherche dans la pratique des infirmières.

5. DISCUSSION

Cette dernière section discute d'abord, des caractéristiques d'une infirmière qui pourrait influencer les répondantes à adopter l'intégration des résultats de recherche à leurs prises de décision clinique. Ensuite, les perceptions des répondantes du rôle de l'infirmière cadre conseil sont définies. Finalement, les constats principaux qui se dégagent des travaux réalisés, et la formulation de recommandations pour la pratique, la formation et la recherche en transfert et échange de connaissances (TEC) se retrouvent au début de ce rapport dans la section *Messages principaux*.

5.1 CARACTÉRISTIQUES D'UNE INFIRMIÈRE INFLUENTE

Plusieurs qualités et particularités ont été avancées par les répondantes lors des deux entrevues pour caractériser une infirmière influente. Par ordre d'importance, une infirmière influente doit :

- être près de la réalité du terrain (RF1, RF2, RF15, RF17, RF4, RF13) ;
- être convaincante (RF1, RM16, RF17, RF18, RF21) ;
- avoir du leadership (RF1, RF15, RM16, RF9, RF18) ;

- détenir une formation universitaire (RF1, RF10, RF20, RF21) ;
- être rigoureuse et crédible (RF1, RF9, RF10, RF20) ;
- être expérimentée et compétente (RF2, RF4, RF9, RF10) ;
- posséder des habiletés pour l'enseignement (RF4, RF13, RF21) ;
- posséder le goût du savoir, avoir une soif de connaissance, (RF2, RF21) ;
- avoir l'esprit d'équipe (RF2, RF17) ;
- être dynamique (RF19).

Voici, dans leurs propres mots, le portrait d'une infirmière influente pour les répondantes.

Je pense que c'est un leader positif, quelqu'un qui est capable d'amener des choses de façon positive, qui a une grande crédibilité de la part des autres, qu'on considère ce qu'elle dit, ce qu'elle fait, ça c'est majeur. C'est sûr que ça prend une formation de base qui est minimale de baccalauréat, parce que sinon tu ne peux même pas te rendre là,... Ah oui, en bas de ça, je pense que tu n'as pas les connaissances minimales pour les comprendre. Crédibilité, leader positif, connaissances minimales, puis l'opportunité, être capable d'amener ça... de démontrer que c'est faisable dans le milieu. Il faut que ça soit quelqu'un qui est très énergique, parce que de l'amener dans le milieu ça prend ça. (RF1)

Quelqu'un de disponible, de facile d'accès, qui est capable de vulgariser les données. Capable de comprendre, il faut que ce soit quelqu'un du milieu, si ce n'est pas quelqu'un du milieu, il ne comprendra pas, des fois c'est tellement technique ce qu'on va demander, mais il faut une certaine analyse. Il faut connaître le milieu de toute façon juste pour répondre adéquatement à des questions qu'on pose, il faut avoir une certaine qualité à ce niveau là. Je dirais la vulgarisation facile tout en regardant la qualité du travail, mais être capable de...être disponible et être connu par le milieu. (RF4)

Moi je pense que ça prend du leadership de la part de l'infirmière. Il faut que ce soit une infirmière aussi qui est reconnue par ses pairs, quelqu'un qui maîtrise bien son domaine. (RF9)

Disponibilité, si on a des interrogations, elle est là pour nous répondre. Facile à parler, à aborder. Quelqu'un qui a pratiqué sur le terrain, qui connaît nos techniques. Qui connaît les recherches, des stratégies pédagogiques aussi, si elle veut nous enseigner des choses, il faut qu'elle soit capable de le faire, le transfert aux autres. (RF13)

Lors de la première entrevue, les répondantes ont été interrogées à savoir s'il y avait une infirmière influente sur leur unité, c'est-à-dire une infirmière qui posséderait les caractéristiques qu'elles avaient énumérées. Douze infirmières (RF1, RF2, RF15, RM16, RF17, RF4, RF9, RF10, RF18, RF13, RF19, RF21) sur treize ont répondu par l'affirmative. Seule une répondante (RF20) ne le savait pas. Toutefois, au niveau de leur hôpital, six répondantes (RF1, RF2, RF15, RM16, RF4, RF19) ne savaient pas s'il existait une personne correspondant à leurs caractéristiques de l'infirmière influente. Cinq (RF9, RF10, RF18, RF13, RF21) ont affirmé qu'une telle infirmière influente était présente dans leur hôpital.

5.2 INFIRMIÈRE CADRE CONSEIL

Bien qu'aucune infirmière ne suggère d'emblée que la présence d'une personne ressource soit un besoin pour la pratique, il semble, lors des deuxième entrevues, que l'ICC fasse presque l'unanimité pour remplir ce rôle (RF2*, RF3*, RF7, RF10*, RF11*, RF12*) dès qu'on la propose comme telle.

À noter que RF1* se considère aussi comme personne ressource. Les infirmières perçoivent l'ICC comme une personne capable de répondre aux questions (RF2*, RF11*, RF12*, RF13), de donner de l'information (RF2*, RF12*) et des formations (RF11*), de faire de la recherche (RF3*) et de l'orienter (RF2*), de démontrer une capacité d'analyse (RF3*) et d'actualiser la pratique (RF10*). Deux infirmières ne considèrent pas l'ICC comme une personne ressource la trouvant, soit trop théorique ou peu clinique (RF11*, RF14).

Non, parce que c'est trop théorie ses affaires. Elle est trop théorique. (RF14)

Quelques points négatifs sont aussi soulevés par les infirmières. Les principaux problèmes sont de deux ordres. Le premier est le manque d'accès à l'ICC parce qu'on la voit peu ou pas (RF4, RF8, RF11*, RF14). Ce problème est particulièrement évident pour le personnel de soir et de nuit (RF4, RF11*). L'une mentionne que les relations avec elle, ne sont pas toujours faciles (RF4).

Ben, tu sais, dans les fonctions des infirmières cadres conseils, c'est déjà une personne ressource. Sauf que tu sais, moi, en étant de nuit, quand même que j'aurais un problème dans une technique ou quoique ce soit, je peux pas me fier sur elle. Tu sais, c'est sûr, là. Faque... euh... Mais, elle a déjà un rôle de, de consultante pour les infirmières. (RF11)*

Le deuxième ordre est le peu d'expertise de terrain pour l'une d'elles ce qui diminue sa crédibilité auprès des infirmières de l'unité (RF10*, RF11*, RF13, RF14). Cette perte de crédibilité amène deux infirmières à continuer de se référer aux infirmières d'expérience (RF13, RF14). Pour six répondantes (RF4, RF15, RM16, RF13, RF19, RF20), l'ICC est peu présente sur le terrain. Trois de celles-ci (RF4, RF13, RF20) ont mentionné explicitement n'avoir eu aucun, ou très peu, de contacts avec elle. Par contre, toutes ces répondantes travaillent sur les quarts de soir ou de nuit.

Déjà je trouve qu'elle n'est pas en lien spécifique. A-t-elle vraiment un rôle pour nous aider ? Je ne sais pas c'est quoi son rôle pour vrai par rapport à moi, infirmière de soir et de fin de semaine. Va-t-elle venir s'offrir à nous ? Je me dis que c'est une infirmière clinique, mais pas pour nous autres, peut-être ailleurs. Dans le fond elle est peut-être partout. Peut-être qu'on ne la voit pas parce qu'on ne la sollicite pas, c'est peut-être pour ça qu'on ne la voit pas, je ne sais pas. (RF20)

Cinq autres répondantes (RF1*, RF2*, RF4, RF17, RF20) ajoutent que l'infirmière cadre conseil est peu au fait des enjeux et des problématiques vécus quotidiennement sur les unités de soins.

Ça nous prend quelqu'un qui sait c'est quoi la vie d'un département. (...) L'infirmière clinicienne^p est là justement pour aider, pour répondre à des questions, pour améliorer notre vécu de tous les côtés (...). On ne la sent pas présente sur le département. Ce n'est pas quelqu'un qu'on connaît (...). (RF4)

Deux répondantes (RF4, RF15) croit d'ailleurs que l'infirmière cadre conseil est perçue comme une figure d'autorité parmi le personnel infirmier.

^p Le BTEC utilise maintenant les nouvelles appellations de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). L'infirmière clinicienne spécialisée (ICS) est maintenant appelée infirmière cadre conseil (ICC).

Des fois, j'ai l'impression qu'elle n'est pas la bienvenue, qu'elle n'est pas bien ... On la voit arriver pis c'est comme « Oh Boy », on va se tenir tranquille, l'infirmière clinicienne est là. (RF15)

Toutefois, RF4 mentionne un changement dans son unité au niveau de l'information transmise par l'infirmière cadre conseil. Elle perçoit une meilleure écoute, une plus grande volonté de réponse.

Non, je trouve que depuis un an... euh... Il y a une meilleure écoute aussi. Le rôle [de la ICC] s'est un petit peu plus implanté dans le milieu. On sent une volonté de répondre, d'améliorer le questionnement, d'améliorer les connaissances. Donc... euh... bon, on participe. (RF4)

Tous ces points négatifs pourraient, selon les répondantes, être amenuisés si les ICC travaillaient périodiquement (exemple une fois par mois) sur l'unité de soins.

Enfin, plus positivement, neuf des répondantes (RF2*, RF15, RM16, RF17, RF9*, RF10*, RF18, RF13, RF21) considèrent l'infirmière cadre conseil comme une personne ressource importante. Elle aide les infirmières à répondre à des interrogations liées à leur pratique, elle leur fournit des pistes de solution, de nouveaux outils, de nouvelles techniques. Pour ces répondantes, l'infirmière cadre conseil possède de larges connaissances qu'elle met à la disposition du personnel infirmier.

C'est une personne ressource, là c'est sûr que ça me revient qu'elle a parlé un peu de la recherche, elle m'a donné un exemple mettons comme les aspirations naso-pharyngées, est-ce que c'est mieux aspirer ou avec la poire. Pis je trouvais ça intéressant que ce soit elle qui s'occupe d'aller chercher des réponses, ... Comme moi, je fais des petits projets ou peu importe, je vais aller la consulter, ça va m'arriver d'aller la consulter. (RF18)

C'est une personne ressource qui va chercher des nouveaux outils, qu'on peut consulter en tout temps pour n'importe quel blocage que tu peux retrouver dans le milieu, dans le domaine, pour les informations cliniques, pour les interventions. (RF21)

CONCLUSION

Il importe de donner un accès plus ouvert et plus systématique aux sources d'information, rétablir la communication et la concertation entre les deux types de savoir (vulgarisation), donner une part plus grande au savoir pratique (concertation) et ce, sans préjuger de la valeur que la recherche pourra avoir pour les unes ou pour les autres. En effet, les infirmières travaillant au quotidien auprès des personnes démontrent une compréhension fine de leurs besoins. Elles sont dans une **position privilégiée** pour identifier les facteurs à même d'améliorer les situations de vie des patients. Leurs savoirs pratique et expérientiel sont grands. Toutefois, elles accusent un **retard informationnel**. En effet, bien que leurs questionnements soient d'actualité et prévalents, souvent des réponses ont déjà été documentées dans la littérature scientifique. N'ayant pas accès à ces résultats, les infirmières ne peuvent actualiser leurs interventions. Or, lors de la phase 1 du projet, nous avons constaté que ce sont justement des questions se rapportant au quotidien qui sont priorisées par les infirmières et non

des sujets qui intéressent les chercheurs de pointe. Ici, on comprend l'importance d'effectuer une mise à jour des connaissances répondant d'abord aux besoins des soignantes. La démarche peut paraître sous optimale dans une optique politique d'efficience et de rationalisation, mais elle est nécessaire. Elle crée un lien de confiance et donne aux milieux le pouvoir et la crédibilité dont ils ont besoin pour s'engager dans un processus d'intégration de résultats probants. On utilise ainsi leurs savoirs pratiques et questionnements comme passerelle vers les savoirs formels.

Cette première phase du projet démontre que les résultats de recherche semblent très peu intégrés dans la pratique des infirmières oeuvrant au CHA-HDL. Si trois des répondantes, de scolarité collégiale, y accordent une importance relative et méconnaissent la recherche scientifique, dix infirmières, quel que soit leur formation, soulignent l'importance de vulgariser et de simplifier les résultats de recherche pour favoriser leur intégration à la pratique. Les infirmières semblent ne pas être informées des recherches scientifiques ayant cours dans leur milieu de travail. La recherche est parfois, selon les infirmières, déconnectée de la pratique et trop loin du patient. Le lien entre le savoir scientifique et pratique n'est pas clair.

En somme, les infirmières ont tendance à profiter de l'expérience de leurs collègues pour résoudre un problème, ce qui ne semble pas avoir beaucoup changé depuis la formation au BTEC mais, sont toutefois, mieux sensibilisées aux avantages des résultats de recherche. Ainsi, ce projet ayant permis de former certaines infirmières à l'intégration des résultats de recherche dans la pratique professionnelle, celles-ci seront alors plus outillées à répondre à leurs consueurs qui viendront les solliciter. L'information générale paraît bien circuler sur les unités, même si certaines formes (dîners-causeries, formation d'une journée) posent problème eu égard du temps de libération nécessaire pour accéder à l'information. Les relations avec les médecins spécialistes demeurent difficiles et tendues sur une unité en conséquence de quoi la collaboration semble déficiente. Cette situation n'est pas présente sur l'autre unité où les médecins spécialistes font preuve davantage d'ouverture sur les résultats présentés par les infirmières. Les infirmières ne voient pas d'emblée l'ICC comme personne ressource ou une mesure pour pallier aux besoins de leur pratique mais conviennent, lorsqu'on leur demande, que l'ICC a les qualités pour remplir ce rôle.

Ainsi, l'analyse des entrevues a permis de découvrir les barrières à l'intégration des résultats de recherche, du point de vue des infirmières rencontrées. Ces barrières sont de trois ordres : organisationnel, en lien avec la recherche et personnel (voir Tableaux synthèses, Annexes Q et R). De même, les répondantes ont identifié certaines pistes de solution pour faciliter l'intégration des

résultats de recherche à la pratique infirmière (voir Tableaux synthèses, Annexes Q et R). Les répondantes ont cependant éprouvé, en général, de la difficulté à identifier des facteurs pouvant faciliter l'intégration des évidences ou preuves scientifiques à leur pratique. Tout comme les barrières, les facteurs facilitant l'intégration des résultats de recherche à la pratique sont de trois ordres : personnel, organisationnel et lié à la recherche.

Pour conclure, il ressort de l'analyse des entrevues un manque d'accessibilité à la recherche pour le personnel infirmier. Les recherches scientifiques dans le domaine des soins infirmiers ne sont pas suffisamment diffusées et les infirmières n'y sont pas assez impliquées. De même, une des lacunes importantes par rapport à la recherche scientifique est la méconnaissance du fonctionnement et des possibilités offertes par les bases de données. Enfin, globalement, il découle deux besoins de formation primordiaux quant à l'intégration des données probantes à la pratique infirmière; besoins partiellement comblés par le stage au BTEC pour les infirmières concernées :

- une formation sur **le quoi et le pourquoi** de la recherche, soit une formation sur le langage, les méthodes et les concepts de la recherche pour en faciliter l'analyse critique;
- une formation sur **le comment** de l'intégration des évidences ou preuves scientifiques, soit une formation sur l'application concrète des résultats de recherche à la pratique infirmière sur le terrain.

RÉFÉRENCES

-
- ¹ Beaulieu, M.-D., Proulx, M., Jobin, G., Kugler, M., Gossard, F., Denis, J.-L. & Larouche, D. (2004). *Des connaissances probantes pour la première ligne: clé d'un savoir partagé*. Étude exploratoire à partir de deux problématiques: le diagnostic génétique du cancer du sein et le traitement de l'hypertension artérielle. Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale.
- ² Egerod, I. & Hansen, G. M. (2005). Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 465-473.
- ³ Kitson, A.L. (2004). The state of the art and science of evidence-based nursing in UK and Europe. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(1), 6-8.
- ⁴ Estabrooks, C.A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K.A. & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: a systematic review *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506-520.
- ⁵ Ciliska, D.K., Pinelli, J., DiCenso, A. & Cullum, N. (2001). Resources to Enhance Evidence-based Nursing Practice. *AACN Clinical Issues*, 12(4), 520-528.
- ⁶ Beaulieu, M.-D., Proulx, M., Jobin, G., Kugler, M., Gossard, F., Denis, J.-L. & Larouche, D. (2004). *Des connaissances probantes pour la première ligne: clé d'un savoir partagé*. Étude exploratoire à partir de deux problématiques: le diagnostic génétique du cancer du sein et le traitement de l'hypertension artérielle. Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale.
- ⁷ Oranta, O., Routasalo, P. & Hupli, M. (2002). Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 205-213.
- ⁸ Closs, S.J. & Bryar, R.M. (2001). The Barriers scale: Does it fit the current NHS research culture? *NT Research*, 6(5), 853-866.
- ⁹ Fink, R, Thompson, C. J. & Bonnes, D. (2005). Overcoming Barriers and Promoting the Use of Research in Practice. *JONA*, 35(3), 121-129.
- ¹⁰ Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A.. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 913-924.
- ¹¹ Melnyk, B.M., Ellen, & Fineout-Overholt, E. (2004). Nurses perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: Implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3), 185-193.
- ¹² Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C.R., Vale, L., Whitty, P., Eccles, M.P., Matowe, L., Shirran, L., Wensing, M., Dijkstra, R. & Donaldson, C. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 8(6), iii-iv, 1-72.
- ¹³ Fink, R, Thompson, C. J. & Bonnes, D. (2005). Overcoming Barriers and Promoting the Use of Research in Practice. *JONA*, 35(3), 121-129.
- ¹⁴ Egerod, I. & Hansen, G. M. (2005). Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 465-473.
- ¹⁵ Kitson, A.L. (2001). Approaches used to implement research findings into nursing practice: Report of a study tour to Australia and New Zealand. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 392-405.
- ¹⁶ Estabrooks, C.A., Floyd, J. A., Scott-Findlay, S., O'Leary, K.A. & Gushta, M. (2003). Individual determinants of research utilization: a systematic review *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 506-520.
- ¹⁷ Egerod, I. & Hansen, G. M. (2005). Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 465-473.
- ¹⁸ Fink, R, Thompson, C. J. & Bonnes, D. (2005). Overcoming Barriers and Promoting the Use of Research in Practice. *JONA*, 35(3), 121-129.
- ¹⁹ Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A., McCormack, B. & Titchen, A.. (2004). An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 913-924.
- ²⁰ Melnyk, B.M., Ellen, & Fineout-Overholt, E. (2004). Nurses perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: Implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3), 185-193.
- ²¹ Bradley, E., H., Webster, T. R., Baker, D., Schlesinger, M., Inouye, S. K., Barth, M. C., Lapane, K., L., Lipson, D., Stone, R. & Koren, J. (2004). Translating Research into Practice: Speeding the Adoption of Innovation Health Care Programs. *The Commonwealth Fund*, 1-12.
- ²² Dobbins, M., Ciliska, D., Cockerill, R., Barnsley, J. & DiCenso, A. (2002). A Framework for the Dissemination and Utilization of Research for Health-Care Policy and Practice. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 9(7).

-
- ²³ Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, W.W. (1996). Evidence-based medicine. What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- ²⁴ Forum national sur la santé. (1997). *La santé au Canada: un héritage à faire fructifier*. Volume Rapports de synthèse et documents de référence. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- ²⁵ Goulet, C., Lampron, A., Morin, D. & Héon, M. (2004). La pratique basée sur les résultats probants, Partie 1: Origine, définitions, critiques, obstacles, avantages et impact. *Recherche en soins infirmiers*, 76, 12-18.
- ²⁶ Ingersoll, G.L. (2000). Evidence-based nursing: What it is and what it isn't. *Nursing Outlook*, 48(4), 151-152.
- ²⁷ Egerod, I. & Hansen, G. M. (2005). Evidence-based practice among Danish cardiac nurses: a national survey. *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 465-473.
- ²⁸ French, P. (2002). What is the evidence on evidence-based nursing? An epistemological concern. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 250-257.
- ²⁹ Morin, D. & Leblanc, N. (2002). La pratique infirmière basée sur des résultats probants: de quoi parle-t-on au juste? *L'Infirmière du Québec*, 10(2), 27-30.
- ³⁰ DiCenso, A., Cullum, N. & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, 1(2), 34-40.
- ³¹ Ciliska, D.K., Pinelli, J., DiCenso, A. & Cullum, N. (2001). Resources to Enhance Evidence-based Nursing Practice. *AACN Clinical Issues*, 12(4), 520-528.
- ³² Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- ³³ Cleaveland, B.L. (1994). Social cognitive theory recommendations for improving modeling in adolescent substance abuse prevention programs. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3(4), 53-68.
- ³⁴ Parent, N. & Fortin, F. (1999). L'utilisation de la recherche dans la pratique clinique: programme de parrainage à l'intention de patients cardiaques. *Recherche en soins infirmiers*, 57, 50-56.
- ³⁵ Trottier, H., & Champagne, F. (2006). *L'utilisation des connaissances scientifiques : Au cœur des relations de coopération entre les acteurs*. Montréal : Université de Montréal.
- ³⁶ Trottier, H., & Champagne, F. (2006). *L'utilisation des connaissances scientifiques : Au cœur des relations de coopération entre les acteurs*. Montréal : Université de Montréal.
- ³⁷ Scriven, M. (1991). *Evaluation Thesaurus, 4th Edition*. Newbury Park (CA) : Sage Publications.
- ³⁸ Chinman, M., Hannah, G., Wandersman, A., Ebener, P., Hunter, S.B., Imm, P., & Sheldon, J. (2005). Developing a community science research agenda for building community capacity for effective preventive interventions. *American Journal of Community Psychology*, 35(3-4), 143-157.
- ³⁹ Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif, pp. 173-209 in Poupart et al. (dir.). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- ⁴⁰ Huberman, A.M. & Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : De Boeck Université.

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE A : Schéma du mode opératoire
- ANNEXE B : Modèle de prise de décision (DiCenso et al., 1998)
- ANNEXE C : Approbation du comité éthique de la recherche (CHA-HDL)
- ANNEXE D : Grille du groupe de discussion focalisée
- ANNEXE E : Feuillelet d'information pour le groupe de discussion focalisée
- ANNEXE F : Formulaire de consentement
- ANNEXE G : Grille de consultation suite au groupe de discussion focalisée (médecine)
- ANNEXE H : Grille de consultation suite au groupe de discussion focalisée (pédiatrie)
- ANNEXE I : Priorisation de la question (médecine)
- ANNEXE J : Priorisation de la question (pédiatrie)
- ANNEXE K : Schéma du processus de TEC
- ANNEXE L : Grille d'observation sur le terrain
- ANNEXE M : Guide d'entrevue pré implantation
- ANNEXE N : Guides d'entrevue post implantation
- ANNEXE O : Feuillelet d'information pour les entrevues
- ANNEXE P : Tableau des caractéristiques de l'ensemble des répondantes
- ANNEXE Q : Tableaux synthèses des résultats (retour sur la formation et intégration de la recherche)
- ANNEXE R : Tableau synthèse des résultats (barrières et facteurs facilitant l'intégration)
- ANNEXE S : Savez-vous que?
- ANNEXE T : Dîner causerie
- ANNEXE U : Rapport 7 - Les facteurs prédictifs à la désaturation nocturne chez les pts. MPOC
- ANNEXE V : Rapport 8 - Les soins aux enfants ayant une gastroentérite
- ANNEXE W : Rapport 9 - Interventions diminuant les réadmissions des patients MPOC
- ANNEXE X : Rapport 11 - Les méthodes d'aspiration des sécrétions des enfants atteints de bronchiolite
- ANNEXE Y : Budget

ANNEXE A

Schéma du mode opératoire

ANNEXE B

**Modèle de prise de décision
(DiCenso et al., 1998)**

ANNEXE C

Approbation du comité éthique de la recherche

ANNEXE D

Grille du groupe de discussion focalisée

ANNEXE E

Feuillet d'information pour le groupe de discussion focalisée

ANNEXE F

Formulaire de consentement

ANNEXE G

**Grille de consultation suite au groupe de discussion focalisée
(médecine)**

ANNEXE H

**Grille de consultation suite au groupe de discussion focalisée
(pédiatrie)**

ANNEXE I

Priorisation de la question (médecine)

ANNEXE J

Priorisation de la question (pédiatrie)

ANNEXE K

Schéma du processus de TEC

ANNEXE L

Grille d'observation sur le terrain

ANNEXE M

Guide d'entrevue pré implantation

ANNEXE N

Guides d'entrevue post implantation

ANNEXE O

Feuillelet d'information pour les entrevues

ANNEXE P

Tableau des caractéristiques de l'ensemble des répondantes

ANNEXE Q

**Tableaux synthèses des résultats
(retour sur la formation et intégration de la recherche)**

ANNEXE R

Tableau synthèse des résultats (barrières et facteurs facilitant l'intégration)

ANNEXE S

Savez-vous que?

ANNEXE T

Dîner causerie

ANNEXE U

Rapport 7 BTEC

Les facteurs prédictifs à la désaturation nocturne chez les patients MPOC

ANNEXE V

Rapport 8 BTEC **Les soins aux enfants ayant une gastroentérite**

ANNEXE W

Rapport 9 BTEC

Interventions diminuant les réadmissions des patients atteints d'une MPOC

ANNEXE X

Rapport 11 BTEC

Les méthodes d'aspiration des sécrétions chez les enfants atteints de bronchiolite

ANNEXE Y

Budget