

Université de Montréal

**Favoriser le développement du rôle des infirmières chefs
afin d'accroître les pratiques basées sur des résultats
probants en centre hospitalier**

Par
Nathalie Larochelle

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès Sciences (M.Sc.)

Option expertise conseil en sciences infirmières

23 Juillet 2015

© Nathalie Larochelle, 2015

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce travail dirigé intitulé :
Favoriser le développement du rôle des infirmières chefs afin d'accroître les pratiques basées
sur des résultats probants en centre hospitalier

Présenté par
Nathalie Larochelle

Au jury composé des membres suivants :
Madame Line Beaudet, inf., Ph.D., directrice de maîtrise
et Madame Anne Bourbonnais, inf., Ph.D., membre du jury et professeure agrégée

23 Juillet 2015

Résumé

À travers des sessions de formation et de *coaching* données sur une pratique basée sur des résultats probants (PBRP), deux constats ont été observés. Premièrement, le processus de réflexion guidant les prises de décision et les interventions des infirmières soignantes auprès des patients ne semblent pas toujours tenir compte des notions apprises à l'intérieur de ces formations. Ce constat est corroboré par Straus, Tetroe et Graham (2009) qui mentionnent qu'un écart existe entre les résultats probants et les prises de décisions aux différents niveaux des systèmes de santé, incluant les professionnels de la santé. Deuxièmement, des caractéristiques liées aux infirmières chefs et aux organisations influenceraient leurs interventions au détriment d'une PBRP (Doherty-King & Bowers, 2011). Présenté sous la forme d'une revue intégrative et critique des écrits, ce travail dirigé vise à proposer une stratégie d'interventions favorisant le développement du rôle des infirmières chefs pour accroître la mise en application de connaissances issues de la recherche par des infirmières soignantes en centre hospitalier. Il a pour objectifs d'identifier des barrières et des facteurs facilitants rencontrés par les infirmières chefs et de mettre en évidence des interventions pouvant soutenir l'implantation d'une PBRP de manière pérenne sur leur unité de soins. Afin de répondre à ces deux objectifs, le repérage électronique d'études empiriques a été réalisé dans trois bases de données. Des 532 écrits empiriques répertoriés, 16 écrits empiriques ont été retenus et analysés en prenant appui sur le cadre théorique du Processus des connaissances à la pratique de Straus, Tetroe et Graham (2011). Les résultats de l'analyse des écrits et les recommandations qui en découlent sont présentés, discutés puis résumés dans un tableau synthèse. Les résultats montrent que pour favoriser la mise en application d'une PBRP chez les infirmières soignantes, les infirmières

chefs ainsi que les hauts gestionnaires des organisations pourraient appliquer des interventions, touchant à chacune des sept étapes du cadre théorique de Straus et al. (2011). De plus, certaines interventions relevant des organisations s'avèrent être des préalables à celles pouvant être effectuées par les infirmières chefs. Par ailleurs, il ressort que les infirmières chefs et les organisations doivent déployer des interventions qui tiennent compte à la fois du contexte local mais aussi des barrières et des facteurs facilitants rencontrés lors de l'implantation, l'opérationnalisation et le suivi d'une PBRP sur les unités. Finalement, des interventions ciblant la communication, la capacité à être des modèles de rôle et le soutien auprès des infirmières soignantes gagneraient à être appliquées tout au long du Processus des connaissances à la pratique par les infirmières chefs et leurs supérieurs hiérarchiques (Straus & al., 2011).

Mots-clés : infirmières chefs, rôle professionnel, centre hospitalier de soins aigus, pratique basée sur des résultats probants, revue intégrative.

Abstract

Two points stand out from observing training and coaching sessions on evidence-based practice (EBP). First, the process of reflection that guides decision making and intervention by staff nurses with respect to patients does not always seem to take account of the notions learned in training. Straus, Tetroe, and Graham (2009) referred to this years ago when they pointed out that a gap existed between evidence and decision making across the various levels of the healthcare system, including among health professionals. Second, characteristics related to head nurses and organizations influence their interventions to the detriment of EBP (Doherty-King & Bowers, 2011). Presented in the form of an integrative and critical review of the literature, this supervised work seeks to propose an intervention strategy geared to developing the role of head nurses in promoting the application of research-based knowledge by hospital staff nurses. Its aim is to identify the barriers and facilitators encountered by head nurses and to highlight interventions capable of supporting the lasting implementation of EBP in their care units. To meet these two objectives, an electronic search of the empirical literature was carried out on three databases. On the 532 empirical studies found, 16 were retained and analyzed based on the knowledge-to-action (KTA) framework developed by Straus, Tetroe, and Graham (2011). The result of this analysis and the recommendations that flow from them are presented, discussed and then summarized in a table. Results show that in order to foster the application of EBP among staff nurses, head nurses and senior managers in organizations could implement interventions centred on each of the seven steps of the KTA process proposed by Straus et al. (2011). Moreover, interventions under the responsibility of organizations turn out to be prerequisites for others that could be delivered by head nurses. Furthermore, it emerges that head nurses and organizations must deploy interventions that take account not only of the local

context but also of the barriers and facilitators encountered in the course of implementing, operationalizing and monitoring EBP in units. Finally, staff nurses would stand to benefit from interventions focused on communication, role modeling, and support delivered by head nurses and their hierarchical superiors throughout the KTA process (Straus & al., 2011).

Keywords: head nurses, professional role, acute care hospital, evidence-based practice, integrative review.

Table des matières

| | |
|---|------|
| Résumé..... | i |
| Abstract..... | iii |
| Table des matières..... | v |
| Liste des tableaux..... | vi |
| Liste des figures..... | vii |
| Liste des Sigles et des abréviations..... | viii |
| Remerciements..... | ix |
| Introduction..... | 1 |
| Problématique..... | 2 |
| But et objectifs poursuivis..... | 5 |
| Méthode..... | 7 |
| Cadre théorique..... | 7 |
| Recherche documentaire..... | 9 |
| Article..... | 12 |
| Discussion..... | 41 |
| Limites et forces..... | 42 |
| Recommandations pour les sciences infirmières..... | 43 |
| Conclusion..... | 46 |
| Références..... | 49 |
| Appendice A : Cadre théorique du Processus des connaissances à la pratique de Straus, Tetroe et Graham (2011)..... | 53 |
| Appendice B: Processus de sélection des écrits..... | 55 |
| Appendice C: Tableau récapitulatif des écrits empiriques portant sur les barrières et les facteurs facilitants à une PBRP ainsi que les interventions pour en favoriser la mise en application ... | 57 |
| Appendice D: Tableau résumé d'interventions prometteuses pouvant favoriser la mise en pratique des RP chez des infirmières soignantes pour chacune des étapes du cadre théorique de Straus et al. (2011)..... | 65 |
| Appendice E: Critères de rédaction de la revue <i>Recherche en soins infirmiers</i> | 68 |

Liste des tableaux

| | | |
|---------|---|----|
| Tableau | récapitulatif des écrits empiriques portant sur les barrières et les facteurs facilitants les PBRP ainsi que les interventions en favorisant la mise en application..... | 57 |
| Tableau | résumé d'interventions prometteuses pouvant favorisé la mise en pratique des RP chez des infirmières soignantes, pour chacune des étapes du cadre théorique de Straus et al. (2011) | 65 |

Liste des figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 Le cadre théorique du Processus des connaissances à la pratique de Straus, Tetroe & Graham (2011)..... | 53 |
| Figure 2 Processus de la sélection des écrits. | 55 |

Liste des Sigles et des abréviations

| | |
|---------|--|
| AIC : | Assistante infirmière chef |
| CINAHL: | <i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i> |
| ICU : | Infirmière chef |
| INF : | Infirmières soignantes |
| LD : | Ligne directrice |
| PBRP : | Pratique basée sur des résultats probants |
| RP : | Résultats probants |

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de maîtrise, Mme Line Beudet, inf. Ph.D. pour sa disponibilité, son écoute, son accompagnement et surtout son soutien tout au long de ces trois dernières années. Je voudrais également remercier Mme Anne Bourbonnais, inf. Ph.D., professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal d'avoir accepté d'être membre du jury.

Je remercie également mon employeur, le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, pour son soutien financier. Cette somme m'a permis d'avancer significativement mon projet d'études dans les délais prévus et de pouvoir soumettre l'article à la revue *Recherche en soins infirmiers*.

Un merci tout spécial à ma famille, dont mes parents, Claude et Danielle, qui m'ont apporté une aide inestimable; à mes amis et à mes collègues de travail, principalement Claire, Sylvie et Nicole, qui m'ont encouragée et épaulée et qui, surtout, n'ont jamais cessé de croire en moi durant toutes ces années d'efforts.

Finalement, je remercie du fond du cœur mon mari, Claude, et mes deux filles, Julie-Anne et Marie-Judith, qui, jour après jour, m'ont incitée à poursuivre et surtout continuer à croire à ce projet de réalisation d'une maîtrise, à quarante ans, même durant les moments difficiles. Sans vous trois, je n'aurais pu arriver à réaliser ce rêve magnifique et fou.

Introduction

Ce travail dirigé porte sur les barrières et les facteurs facilitants que des infirmières chefs, en centre hospitalier peuvent rencontrer lors de l'implantation, l'opérationnalisation et le suivi d'une pratique basée sur des résultats probants ainsi que sur des interventions pouvant favoriser le développement de leur rôle pour en accroître la mise en application chez les infirmières soignantes de leur unité. Il comprend quatre sections et met en évidence les principaux résultats d'une revue intégrative et critique des écrits sous la forme d'un article scientifique. La première section présente la problématique ainsi que la justification du travail dirigé alors que la seconde expose la méthode et le cadre théorique. L'article est inclus à la troisième section. Finalement, la dernière section discute des limites et des forces du travail dirigé ainsi que des recommandations pour la pratique en sciences infirmières.

Problématique

L'importance du transfert de connaissances issues de la recherche dans la pratique est un sujet d'actualité en sciences infirmières depuis les dernières années. Malheureusement, la mise en application d'une pratique basée sur des résultats probants (PBRP) chez les infirmières soignantes ne se réalise pas toujours concrètement. Loisele, Profetto-McGrath, Polit et Beck (2007) définissent la pratique basée sur des résultats probants comme une pratique qui consiste à prendre des décisions cliniques selon les meilleurs résultats probants disponibles en mettant l'accent sur les résultats issus d'une recherche méthodique. À l'échelle mondiale, les systèmes de santé échouent à utiliser de manière optimale les connaissances issues de la recherche et un écart important subsiste entre celles-ci et les décideurs, à tous les niveaux hiérarchiques des organisations de santé, incluant les professionnels de la santé fournissant des soins directs (Straus, Tetroe & Graham, 2009-2011).

Notre expérience des dernières années en tant qu'infirmière *coach*, pour soutenir la mise en application d'une PBRP chez des infirmières soignantes travaillant sur des unités de soins d'un centre hospitalier, a mené à deux constats. Le premier est que malgré des sessions de formation et de *coaching* dispensées, certaines infirmières appliquent de manière inégale et fluctuante les interventions tirées d'une PBRP auprès des patients. Ce constat est corroboré par une étude de théorisation ancrée de Doherty-King et Bowers (2011). Selon ces auteurs, le processus de réflexion guidant leurs prises de décision et les interventions réalisées auprès des patients ne semblent pas toujours tenir compte des notions apprises à l'intérieur de formation en lien avec une PBRP. Par ailleurs, l'un des facteurs d'influence important découle des caractéristiques des organisations au sein desquelles travaillent les infirmières. Ces caractéristiques serviraient de fondement à leurs interventions au détriment d'une PBRP. En centre hospitalier, l'infirmière

coach exerce un rôle conseil auprès des infirmières soignantes. Cette situation limite l'influence qu'elle exerce sur celles-ci pour les amener à appliquer une PBRP, contrairement aux infirmières chefs d'unité qui détiennent une autorité hiérarchique formelle.

Le deuxième constat révèle que l'intégration d'une PBRP chez des infirmières ainsi que l'intensité et la constance de l'application d'interventions en lien avec une PBRP auprès des patients varient d'une unité de soins à l'autre. Dans certaines, un plus grand nombre d'infirmières semble appliquer une PBRP vue lors de formations et ce, de manière plus soutenue. Parmi les caractéristiques organisationnelles pouvant influencer négativement l'application d'interventions, on retrouve l'absence de consignes claires à ce niveau de la part des infirmières chefs d'unité (Doherty-King & Bowers, 2011). Ainsi, ces deux constats nous ont conduits à s'interroger sur le rôle des infirmières chefs en vue de favoriser une PBRP chez les infirmières soignantes en centre hospitalier. Le transfert de connaissances ici favorisé par les infirmières chefs fait référence au processus qui amène les parties prenantes concernées à mettre en application des notions apprises, lors de la formation et du *coaching*, dans leur pratique (Graham, Logan, Harrison, Straus, Tetroe, Caswell & Robinson, 2006).

Des écrits portant sur ce sujet ont montré que les gestionnaires des unités de soins jouent un rôle stratégique dans le transfert de connaissances auprès des infirmières (Davies, Wong & Laschinger, 2011; Gifford, Davies, Edwards & Graham, 2006; Gifford, Davies, Edwards, Griffin & Lybanon, 2007). Les résultats de ces études soulignent qu'ils peuvent favoriser une PBRP à l'aide de diverses activités facilitatrices et d'évaluation telles que du soutien managérial et des échanges portant sur des soins de qualité. De plus, une revue intégrative de Desbiens (2015) mentionne le rôle primordial et l'influence importante des infirmières chefs d'unité de soins dans la promotion et le soutien d'activités de développement professionnel. Certaines

initiatives d'infirmières chefs d'unité semblent aussi faciliter une PBRP à l'intérieur des centres hospitaliers. Parmi celles-ci figurent notamment la participation des infirmières soignantes durant le processus d'implantation (Bahtsevani, Willman, Stoltz & Ostman, 2010; Hauck, Winsett & Kuric, 2013).

Malheureusement, les infirmières chefs d'unité paraissent aussi confrontées à des difficultés lorsqu'elles veulent favoriser le transfert de connaissances dans la pratique des infirmières soignantes auprès des patients (Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007). Des contraintes organisationnelles feraient office de barrières à leurs capacités à favoriser l'intégration d'une PBRP chez celles-ci. (Johansson, Fogelberg-Dawm & Wadensten, 2010).

Des écrits ont révélé également que les infirmières chefs d'unité doivent tenir compte du contexte local des différentes parties prenantes concernées par la PBRP (Sandstrom, Borglin, Nilsson & Willman, 2011). Bowen et Graham (2013) soulignent l'importance du rôle des utilisateurs de connaissances dans le processus de mise en application d'une PBRP. Le manque d'engagement des principales parties prenantes (ici les infirmières soignantes, les infirmières chefs et les organisations dans lesquelles ces personnes travaillent) et leur faible appropriation des résultats probants s'avèrent des barrières au transfert de connaissances dans la pratique (Dogherty, Harrison, Graham, Digel Vandyk & Keeping-Burke, 2013).

Enfin, certaines organisations sembleraient plus performantes à influencer une PBRP chez les infirmières soignantes. Selon Gifford et al. (2006), l'absence ou la présence minimale d'éléments clés dans les centres hospitaliers pourraient entraîner des défis pour les infirmières chefs en vue de la mise en application de résultats probants.

Suite aux considérations précédentes, un travail dirigé s'est avéré indiqué afin d'effectuer une analyse critique approfondie des barrières et des facteurs facilitants rencontrés par les

infirmières chefs ainsi que sur des interventions pouvant soutenir l'implantation d'une PBRP chez les infirmières soignantes et contribuer à l'amélioration de la qualité des soins.

But et objectifs poursuivis

Le but de ce travail dirigé est de proposer, à travers une revue intégrative et critique des écrits, une stratégie d'interventions favorisant le développement du rôle des infirmières chefs à

accroître la mise en application d'une pratique basée sur des résultats probants chez les infirmières soignantes en centre hospitalier.

Les objectifs qui découlent de ce but sont les suivants :

1. identifier des barrières et des facteurs facilitants que des infirmières chefs pourraient rencontrer lors de l'implantation d'une PBRP sur leur unité de soins;
2. mettre en évidence des interventions pouvant soutenir les infirmières chefs à implanter et opérationnaliser de manière pérenne une PBRP sur leur unité de soins.

Méthode

Une revue intégrative, inspirée des ouvrages de Whitemore (2005) et de Whitemore et Knafl (2005), a été entreprise pour réaliser ce travail dirigé. Ce type de revue a comme principal avantage de pouvoir combiner à la fois les résultats d'études empiriques quantitatives et qualitatives avec des écrits théoriques (Davies & Logan, 2012). Elle présente le regroupement et l'analyse critique des écrits de manière à tirer des conclusions en mettant de l'avant de nouvelles connaissances et donnant ainsi davantage de poids aux résultats (Whitemore, 2005). Ainsi selon ces auteurs, le repérage des articles est fondé sur le but et les objectifs poursuivis et des mots clés exhaustifs. Il s'appuie aussi sur des critères d'inclusion et d'exclusion définis au préalable pour retenir les écrits. Les études sont analysées selon leur pertinence et leur rigueur méthodologique. Une fois les écrits sélectionnés et analysés, les données recueillies et dégagées sont ordonnées, regroupées, catégorisées et synthétisées sous forme de tableau. Les résultats obtenus sont validés par au moins deux analystes en vue d'identifier les thèmes récurrents et de tirer des conclusions en mettant de l'avant de nouvelles connaissances et en proposant des recommandations pour la pratique.

Cadre théorique

Pour analyser les écrits et proposer des interventions, le cadre théorique du Processus des connaissances à la pratique élaboré par Straus et al. (2011) a été utilisé. Celui-ci favorise une mise en application efficace d'une PBRP à l'intérieur d'un cycle continu allant de la planification au soutien une fois l'implantation complétée. Il permet d'avoir une vision holistique de l'ensemble des parties prenantes, de même que des facteurs et des composantes

impliqués dans l'application régulière, efficace et pérenne d'une PBRP. Plus précisément ce modèle, présenté à la figure 1 de l'Appendice A, décrit un processus et des éléments clés au transfert de connaissances dans la pratique. Il vise à combler les écarts entre les connaissances issues de la recherche et leur application dans la pratique (Straus & al., 2011). Le recours à ce modèle théorique peut soutenir les infirmières chefs dans le développement de leur rôle pour accroître la mise en application de résultats probants par les infirmières soignantes en centre hospitalier. Précisément, il suggère sept étapes permettant de tracer un portrait des composantes à considérer au moment d'intégrer une PBRP sur leur unité ainsi que des moyens à mettre en place pour en planifier l'implantation de même que le suivi, l'évaluation et le soutien. Les étapes sont les suivantes : trouver le problème; adapter les connaissances au contexte local; évaluer les obstacles par rapport à l'utilisation des connaissances; choisir, adapter et mettre en place les interventions; surveiller l'utilisation des connaissances; évaluer les résultats; maintenir l'utilisation des connaissances. Dans la présente revue intégrative, en plus d'identifier des barrières à l'utilisation des connaissances tel que recommandé à la troisième étape du modèle de Straus et al. (2011), nous tenons aussi compte des facteurs facilitants pouvant aider les infirmières chefs à accroître la mise en application des interventions, reliées à la PBRP à implanter dans leur unité. Plusieurs études font mention de l'importance de prendre en considération autant les conditions facilitatrices que les barrières potentielles pour favoriser une implantation efficace d'une PBRP (Bahtsevani & al., 2010 ; Hauck & al., 2012 ; Ijkema, Langelaan, Van De Steeg & Wagner, 2014). Ce cadre théorique et ses sept étapes guident l'analyse des écrits empiriques de manière à dégager, à travers ceux-ci, des mesures concrètes pouvant être intégrées dans la stratégie d'interventions proposée, en tenant compte du rôle des infirmières chefs ainsi que de l'organisation et du milieu de soins ciblés.

Recherche documentaire

Dans le but de répertorier les écrits empiriques pertinents, quatre mots-clés ont été retenus : infirmière chef; rôle professionnel; centre hospitalier de soins aigus; pratique basée sur des résultats probants. Afin de répondre aux objectifs énoncés précédemment tous les synonymes de la traduction anglaise de ceux-ci ont été utilisés. La recherche documentaire a été réalisée dans trois bases de données soit *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Medline et Embase. De plus, les services d'une bibliothécaire travaillant dans un centre de documentation ont été utilisés afin que la revue intégrative et critique des écrits soit la plus exhaustive possible.

Le diagramme illustrant le processus de la sélection des écrits est présenté à la figure 2 de l'Appendice B. Au total, 532 articles ont été répertoriés dans les bases de données. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été retenus pour encadrer la sélection documentaire. Les écrits empiriques devaient être écrits en français ou en anglais et avoir été publiés entre 2004 et 2014. Les études qualitatives et quantitatives ainsi que des écrits théoriques ont été privilégiés. Les documents à caractère professionnel ainsi que les textes ou dissertations tirés de conférences ont été exclus. Ce filtre a permis d'exclure 434 articles. Une première lecture a été faite des résumés des 98 articles triés.

Ces articles ont été lus dans leur intégralité pour en ressortir les éléments essentiels et bien cerner leurs forces et leurs limites au plan méthodologique. Une fiche de lecture et un tableau ont été complétés pour chacun d'eux, où l'on retrouve les informations suivantes: les auteurs, le pays, le but, le devis et les variables, l'échantillon, les instruments, les résultats et les limites. Chacune des étapes de la recension, de la sélection, de l'analyse des écrits et de la réalisation

des fiches de lecture ont été validées et discutées avec la directrice de maîtrise lors de rencontres mensuelles ou bimensuelles. Tel que recommandé par Whittemore et Knafl (2005), les critères suivants ont été considérés lors de l'évaluation des écrits: la clarté et la cohérence de la problématique, des concepts clés et du but de l'étude; la pertinence de la méthode de recherche; la qualité de l'échantillonnage et la description des caractéristiques des participants; la présence et la précision des critères d'inclusion et d'exclusion; la rigueur scientifique de la collecte et de l'analyse des données; les conclusions cohérentes avec la mise en évidence d'autres études passées. Pour tous les types d'articles, les limites et les biais identifiés par les auteurs ainsi que leurs explications, pour en justifier la présence, ont été considérés. De plus, tous les articles ont aussi été analysés pour détecter des limites et des biais possibles non mentionnés par les auteurs.

Toujours selon Whittemore et Knalf (2005), une sélection définitive des écrits a été réalisée selon le niveau de savoirs probants et la pertinence liée au sujet d'intérêt. Selon Whittemore (2005), des méthodes systématiques et rigoureuses pour combiner les données de recherche en soins infirmiers sont essentielles pour le développement des connaissances. Au total, 16 écrits empiriques ont été retenus et analysés dans cette revue intégrative. Parmi ceux-ci, 14 font état des barrières et des facteurs facilitants la mise en application d'une PBRP dont six proposent aussi des interventions. Ainsi, une seule étude traite exclusivement des interventions favorisant la mise en application d'une PBRP tandis qu'une autre concerne uniquement des barrières et des facteurs facilitants. Un tableau récapitulatif, regroupé par ordre alphabétique d'auteurs, présente à l'Appendice C les études portant sur les barrières et les facteurs facilitant une PBRP et les interventions favorisant le développement du rôle des infirmières chefs en vue d'accroître la mise en application de PBRP.

Article

Les normes de présentation de la prochaine section ont été modifiées afin de respecter les exigences éditoriales de la revue francophone *Recherche en soins infirmiers*. Afin d'éviter la répétition, le tableau et les figures mentionnés dans l'article se retrouvent uniquement dans les Appendices.

Développement du rôle des infirmières chefs pour accroître les pratiques basées sur des résultats probants chez les infirmières soignantes en centre hospitalier:
une revue intégrative des écrits

Developing the role of head nurses in promoting evidence-based practices among hospital staff nurses: an integrative literature review

Nathalie Larochelle et Line Beudet

Résumé

Introduction : L'application d'une pratique basée sur des résultats probants (PBRP) par les infirmières est inégale et inconstante. **Contexte** : Des caractéristiques reliées aux infirmières chefs et à leur organisation influenceraient leurs pratiques au détriment des résultats probants. **Objectifs** : Cette revue intégrative des écrits, fondée sur le cadre théorique du Processus des connaissances à la pratique de Straus, Tetroe et Graham (2011), identifie les barrières et les facteurs facilitants rencontrés par les infirmières chefs lors de l'implantation d'une PBRP auprès des infirmières soignantes en centre hospitalier. Elle met aussi en évidence des interventions promouvant leur implantation de manière pérenne. **Méthode** : La recherche électronique d'articles empiriques a été réalisée dans trois bases de données. Des 532 écrits répertoriés, 16 écrits empiriques ont été retenus et analysés. **Résultats** : Diverses interventions peuvent être appliquées par les infirmières chefs et leurs organisations selon chacune des sept étapes du Processus des connaissances à la pratique de Straus et al. (2011). Certaines interventions ciblant la communication, la capacité à être des modèles de rôle et le soutien auprès des infirmières

soignantes gagneraient également à être effectuées en tout temps. **Conclusion** : En appliquant des interventions prometteuses, en tenant compte du contexte local, des barrières et des facteurs facilitants, les infirmières chefs et les organisations pourraient favoriser une PBRP chez les infirmières soignantes.

Mots-clés : infirmières chefs, rôle professionnel, centre hospitalier de soins aigus, pratique basée sur des résultats probants, revue intégrative.

Abstract

Introduction: Application of evidence-based practice (EBP) by nurses in uneven and inconsistent. **Background:** Characteristics related to head nurses and organizations influence their interventions to the detriment of EBP. **Objectives:** This integrative literature review informed by the knowledge-to-action (KTA) framework developed by Straus, Tetroe, and Graham (2011) sought to identify the barriers and facilitators encountered by head nurses when implementing EBP among hospital staff nurses. It also sought to put in evidence interventions to promote lasting implementation of EBP. **Method:** An electronic search of the empirical literature was conducted on three databases. Of 532 articles found, 16 were retained and analysed. **Results:** Various interventions could be delivered by head nurses and organizations centred on each of the seven steps of the KTA process proposed by Straus et al. (2011). Staff nurses would also benefit from interventions targeting communication, role modeling, and support delivered at all times. **Conclusion:** Head nurses and organizations could foster EBP among staff nurses by delivering promising interventions that take account of the local context and of implementation barriers and facilitators.

Keywords: head nurse, professional role, acute care hospital, evidence-based practice, integrative review.

Introduction

À travers des sessions de formation et de *coaching* données par des infirmières formatrices sur une pratique basée sur des résultats probants (PBRP) chez des infirmières soignantes, deux constats émergent. Le premier est que certaines infirmières soignantes appliquent de manière inégale et fluctuante les interventions tirées d'une PBRP auprès des usagers. Ce constat est corroboré par une étude de théorisation ancrée de Doherty-King et Bowers (2011). Selon ces auteurs, le processus de réflexion guidant leurs prises de décision et les interventions réalisées auprès des patients ne semblent pas toujours tenir compte des notions apprises à l'intérieur des formations en lien avec une PBRP. De plus, l'un des facteurs d'influence important découle des caractéristiques des organisations au sein desquelles travaillent les infirmières. Ces caractéristiques serviraient de fondement à leurs interventions au détriment d'une PBRP. Les formatrices détiennent un rôle conseil auprès des infirmières soignantes ce qui limite l'influence qu'elles exercent sur celles-ci pour les amener à appliquer une PBRP, contrairement aux infirmières chefs d'unité qui elles détiennent une autorité hiérarchique formelle.

Le deuxième constat révèle que l'intégration d'une PBRP chez des infirmières ainsi que l'intensité et la constance de leur application auprès des patients varient d'une unité de soins à l'autre. Parmi les caractéristiques organisationnelles pouvant influencer négativement leur application, on retrouve l'absence de consignes claires à ce niveau de la part des infirmières chefs (Doherty-King & Bowers, 2011). Ainsi, ces deux constats nous ont conduits à s'interroger sur le rôle des infirmières chefs en vue de favoriser une PBRP chez les infirmières soignantes en centre hospitalier. Le transfert de connaissances ici favorisé par les infirmières chefs fait référence au processus qui amène les parties prenantes concernées à mettre en application des

notions apprises, lors de la formation et du *coaching*, dans leur pratique (Graham, Logan, Harrison, Straus, Tetroe, Caswell & Robinson, 2006).

Des écrits portant sur ce sujet montrent que les gestionnaires des unités de soins jouent un rôle stratégique dans le transfert de connaissances auprès des infirmières (Davies, Wong & Laschinger, 2011; Gifford, Davies, Edwards & Graham, 2006; Gifford, Davies, Edwards, Griffin & Lybanon, 2007). Les résultats de ces études soulignent qu'ils peuvent favoriser une PBRP à l'aide de diverses activités facilitatrices et d'évaluation (Bahtsevani, Willman, Stoltz & Ostman, 2010; Hauck, Winsett & Kuric, 2013).

Malheureusement, les infirmières chefs d'unité sont aussi confrontées à des difficultés lorsqu'elles veulent favoriser le transfert de connaissances dans la pratique des infirmières soignantes auprès des patients (Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007). Des contraintes organisationnelles feraient office de barrières à leurs capacités à favoriser l'intégration d'une PBRP chez celles-ci. (Johansson, Fogelberg-Dawm & Wadensten, 2010).

Des écrits révèlent également que les infirmières chefs d'unité doivent tenir compte du contexte local des différentes parties prenantes concernées par une PBRP (Sandstrom, Borglin, Nilsson & Willman, 2011). Bowen et Graham (2013) soulignent l'importance du rôle des utilisateurs de connaissances dans le processus de mise en application d'une PBRP. Le manque d'engagement des principales parties prenantes (ici les infirmières soignantes, les infirmières chefs et les organisations dans lesquelles elles travaillent) ainsi que leur faible appropriation des résultats probants à implanter s'avèrent d'autres barrières au transfert de connaissances dans la pratique (Dogherty, Harrison, Graham, Digel Vandyk & Keeping-Burke, 2013).

Cet article, à travers une revue intégrative des écrits, a pour but de proposer une stratégie d'interventions favorisant le développement du rôle des infirmières chefs à accroître la mise en

application d'une PBRP chez des infirmières soignantes en centre hospitalier. Inspirée des ouvrages de Whittemore (2005) et de Whittemore et Knafl (2005), cette revue intégrative a comme principal avantage de pouvoir combiner à la fois les résultats d'études empiriques quantitatives et qualitatives avec des écrits théoriques (Davies & Logan, 2012). Elle présente le regroupement et l'analyse de manière critique des recherches de manière à tirer des conclusions en mettant de l'avant de nouvelles connaissances et en donnant davantage de poids aux résultats (Whittemore, 2005).

Malgré l'existence de plusieurs écrits empiriques traitant de la mise en application de PBRP chez les infirmières en milieu hospitalier, très peu d'auteurs se sont intéressés, à notre connaissance, au développement du rôle des infirmières chefs à ce sujet ainsi qu'aux barrières et aux facteurs facilitants qu'elles peuvent rencontrer lors de leur implantation de manière pérenne sur leur unité. La présente revue intégrative des écrits vise donc à 1) identifier des barrières et des facteurs facilitants que des infirmières chefs pourraient rencontrer lors de l'implantation d'une PBRP; 2) mettre en évidence des interventions pouvant les soutenir à implanter et opérationnaliser de manière pérenne une PBRP sur leur unité de soins.

Le Processus des connaissances à la pratique de Straus, Tetroe et Graham (2011) a été utilisé comme cadre théorique pour réaliser cette revue intégrative et proposer des interventions. Il compte sept étapes : trouver le problème; adapter les connaissances au contexte local; évaluer les obstacles par rapport à l'utilisation des connaissances; choisir, adapter et mettre en place les interventions; surveiller l'utilisation des connaissances; évaluer les résultats; maintenir l'utilisation des connaissances. Ce cadre permet de tracer un portrait des composantes à considérer au moment d'intégrer une PBRP et de guider les interventions à mettre en place, à

l'intérieur de chacune des étapes, pour en planifier l'implantation mais aussi le suivi, le soutien et l'évaluation.

Méthode

Dans le but de répondre aux deux objectifs énoncés précédemment, le repérage d'articles scientifiques a été effectué via les bases de données *Cumulative Index to Nursing Information and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Medline* et *Embase*. Le diagramme présenté à la figure 2 illustre le processus de sélection des écrits. La stratégie de recherche a consisté à utiliser les mots-clés suivants : infirmières chefs; rôle professionnel; centre hospitalier de soins aigus; pratique basée sur des résultats probants; revue intégrative. De plus, tous les synonymes de la traduction anglaise de ces mots-clés ont aussi été utilisés en plus d'avoir recours aux services d'une bibliothécaire travaillant dans un centre de documentation afin que la revue intégrative soit la plus exhaustive possible. Cette première démarche a généré 532 articles potentiels pour cette revue intégrative.

Les écrits empiriques devaient être en français ou en anglais et avoir été publiés entre 2004 et 2014. Les études qualitatives et quantitatives ainsi que des écrits théoriques ont été privilégiés et les documents à caractère professionnel ainsi que les textes ou dissertations tirés de conférences ont été exclus. Ce filtre a permis d'exclure 434 articles. Une première lecture a été faite des résumés des 98 articles triés. Ces articles ont été lus dans leur intégralité pour en ressortir les éléments essentiels et bien cerner leurs forces et leurs limites au plan méthodologique. Une fiche de lecture a été complétée pour chacun d'eux, où l'on retrouve les informations suivantes: les auteurs, le pays, le but, le devis et les variables, l'échantillon, les instruments, les résultats et les limites. Chacune des étapes de la recension, de la sélection, de

l'analyse des écrits et de la réalisation des fiches de lecture ont été validées avec une deuxième analyste. Tel que recommandé par Whittmore et Knafl (2005), les critères suivants ont été considérés lors de l'évaluation des écrits: la clarté et la cohérence de la problématique, des concepts clés et du but de l'étude; la pertinence de la méthode de recherche; la qualité de l'échantillonnage et la description des caractéristiques des participants; la présence et la précision des critères d'inclusion et d'exclusion; la rigueur scientifique de la collecte et de l'analyse des données; les conclusions cohérentes avec la mise en évidence d'autres études passées. Pour tous les types d'articles, les limites et les biais identifiés par les auteurs ainsi que leurs explications, pour en justifier la présence, ont été considérés. De plus, tous les articles ont aussi été analysés pour détecter des limites et des biais possibles non mentionnés par les auteurs.

Une sélection définitive des écrits a été effectuée selon le niveau de savoirs probants, l'année de publication et la pertinence avec le sujet d'intérêt. Selon Whittmore (2005), des méthodes systématiques et rigoureuses pour combiner les données de recherche en soins infirmiers sont essentielles pour le développement des connaissances. Au total, 16 écrits empiriques ont été retenus et analysés: 14 font état des barrières et des facteurs facilitants la mise en application d'une PBRP dont six proposent aussi des interventions. Un écrit empirique traite exclusivement des interventions favorisant la mise en application d'une PBRP tandis qu'un autre concerne uniquement des barrières et des facteurs facilitants. Le tableau 1 présente les études portant sur les barrières et les facteurs facilitant aux PBRP et les interventions favorisant le développement du rôle des infirmières chefs en vue d'accroître la mise en application de PBRP.

Résultats

Des 16 études retenues, on retrouve une revue intégrative des écrits (n=1), des revues de littérature (n=2), des sources primaires (n=12) et un écrit théorique (n=1). La plus grande proportion était des études primaires à devis mixte ou qualitatif (N=8). Majoritairement, les auteurs parlent d'une PBRP mais certains font aussi état de pratiques exemplaires ou de lignes directrices. Aux fins de cette revue intégrative, ces termes sont considérés au même titre. La majorité des études (n=11) ont été publiées à partir de 2009. De ce nombre, la plupart provient du Canada (n=9) suivi de la Suède (n=3). Les autres ont été réalisées aux États-Unis, en l'Angleterre ainsi qu'en Australie.

Le nombre de participants dans les études variait entre 20 et 427. La majorité des études présentaient un échantillon féminin variant de 89,7% à 100% de femmes. Les participants étaient principalement des infirmières gestionnaires en milieu hospitalier ayant joué un rôle clé dans la mise en application d'une PBRP auprès du personnel soignant. Toutefois, certaines études avaient aussi comme participantes des infirmières soignantes, des assistantes infirmières chefs et des infirmières facilitant l'implantation de PBRP. En ce qui a trait à la revue intégrative de littérature analysée, celle-ci comptait 12 études dont le nombre de participants variaient entre 10 et 1507.

Les résultats de la présente revue intégrative mettent en lumière trois éléments pouvant avoir une portée sur le développement du rôle des infirmières chefs dans la mise en application d'une PBRP par les infirmières soignantes en milieu hospitalier. Il s'agit des barrières et des facteurs facilitant la mise en application d'une PBRP ainsi que des interventions pouvant être réalisées par les infirmières chefs ou par les hauts gestionnaires des organisations, afin de faciliter toutes les étapes de ce processus. L'évaluation et la prise en considération des barrières et des facteurs facilitants ainsi que la réalisation d'interventions s'intègrent aux sept étapes du

Processus des connaissances à la pratique élaboré par Straus et al. (2011). Ces étapes se concentrent sur les différents éléments nécessaires pour effectuer un changement dans les systèmes de soins de santé et pour faciliter l'utilisation des résultats probants dans la pratique (Straus, Tetroe & Graham, 2009). En tenant compte de toutes les parties prenantes (organisations, infirmières chefs et infirmières soignantes) ainsi que des barrières et des facteurs facilitants et en appliquant les interventions jugées prometteuses, les infirmières chefs et leurs supérieurs hiérarchiques peuvent contribuer à chacune des étapes du processus favorisant la mise en application d'une PBRP chez les infirmières soignantes. Voyons maintenant les principales barrières pouvant nuire aux infirmières chefs lors de la mise en application d'une PBRP chez les infirmières soignantes travaillant en centre hospitalier en vue de les prévenir ou de minimiser leur portée.

Les barrières à la mise en application de PBRP

Les barrières auxquelles les infirmières chefs peuvent être confrontées lors de la mise en application d'une PBRP sont nombreuses et semblent découler des caractéristiques associées à l'environnement organisationnel, aux infirmières soignantes et aux infirmières chefs même. Au plan de l'environnement organisationnel, les principales barrières mentionnées dans les écrits analysés sont : 1) la présence d'une structure hiérarchique à paliers multiples (Gifford & al., 2007), contrôlante et fonctionnant davantage avec des décisions unilatérales du haut vers le bas lors de l'implantation d'une PBRP (Crow, 2006), 2) un manque d'engagement et d'implication envers la recherche et les PBRP de la part des gestionnaires supérieurs (Crow, 2006; Dogherty & al., 2013; Sandstrom & al., 2011) et 3) le manque de soutien et de stratégies pour soutenir concrètement des infirmières chefs lors de l'implantation d'une PBRP (Gifford & al., 2007). De

plus, la présence de conflits et de luttes de pouvoir au sein de l'organisation (Dogherty & al., 2013), la compétition et une faible gestion des diverses priorités organisationnelles (Dogherty & al., 2013; Gifford & al., 2007; Lavoie-Tremblay, Anderson, Bonneville-Roussy, Drevniok & Lavigne, 2012), un manque de soutien de la part d'infirmières en pratique avancée (Dogherty & al., 2013) ainsi que l'absence de politiques organisationnelles adaptées à la PBRP (Gifford & al., 2007) ressortent comme des barrières organisationnelles supplémentaires.

Au sein des écrits analysés, différentes barrières s'avèrent plutôt reliées à des caractéristiques des infirmières soignantes. Parmi celles-ci l'on retrouve notamment, une attitude négative, un manque de collaboration (Bahtsevani & al., 2010), une faible implication et peu d'engagement lors de l'implantation d'une PBRP dans leur unité de soins (Crow, 2006; Dogherty & al., 2013; Wojciechowski, Ritze-Cullen & Tyrrell, 2011), un manque de connaissances en lien avec les résultats probants (Gifford & al., 2007) ainsi que des compétences insuffisantes pour accéder à des bases de données électroniques (Crow, 2006).

Les écrits empiriques analysés rapportent plusieurs résultats convergents en ce qui a trait aux barrières associées aux infirmières chefs. Ainsi, l'absence de comportements et d'activités favorisant l'implantation, le suivi, l'évaluation et la pérennité d'une PBRP sur les unités, l'adoption de modes d'évaluation de la performance qui ne tient pas compte de la PBRP mise en application par les infirmières ainsi que la difficulté à gérer les PBRP prioritaires font parties des principales barrières répertoriées (Dogherty & al., 2013; Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007). Par ailleurs, le manque de soutien des supérieurs hiérarchiques (Bonner & Sando, 2008; Dogherty & al., 2013; Gifford & al., 2007), le peu de stratégies pour surmonter les barrières organisationnelles, le manque de temps pour lire des articles de recherche par les infirmières chefs (Bonner & Sando, 2008; Dogherty & al., 2013; Gifford & al., 2007; Johansson & al.,

2010; Wojciechowski & al., 2011) ou pour développer et implanter adéquatement un projet utilisant des résultats probants dans la pratique (Lavoie-Tremblay & al., 2012), le manque de formation des infirmières chefs en lien avec une PBRP (Bonner & Sando, 2008; Wojciechowski & al., 2011) ou pour y accéder ressortent comme des barrières additionnelles. De plus, des ressources financières restreintes pour la formation du personnel en lien avec une PBRP, un manque de main d'œuvre qualifiée pour assurer des soins complexes auprès des patients hospitalisés et la rareté d'infirmières possédant des connaissances sur les PBRP (Bonner & Sando, 2008; Dogherty & al., 2013; Gifford & al. 2007; Wojciechowski & al., 2011) nuiraient aux infirmières chefs lorsqu'elles veulent implanter ou accroître la mise en application d'une PBRP dans leur unité. En outre, Wojciechowski et al. (2011) et Lavoie-Tremblay et al. (2012) font ressortir comme difficultés supplémentaires le fait d'accomplir rapidement des tâches multiples et de transmettre au personnel soignant une vision non intégrée de l'importance d'une PBRP dans le milieu de travail. Pour Crow (2006), Dogherty et al. (2013) et Sandstrom et al. (2011) faire preuve de rigidité, ne pas gérer les émotions négatives, les conflits et les changements liés à l'implantation d'une PBRP, démontrer un faible engagement envers la recherche et une pauvre appropriation des PBRP s'ajoutent aux autres barrières retrouvées chez certaines infirmières chefs.

En somme, plusieurs barrières peuvent interférer ou nuire aux infirmières chefs lorsqu'elles doivent mettre en application un projet de PBRP sur leur unité. L'identification et l'évaluation de celles-ci par les infirmières chefs et leur organisation rejoignent la troisième étape du cadre théorique de Straus et al. (2011) visant l'examen des obstacles liés à l'utilisation des connaissances afin de les surmonter. Cette étape est essentielle pour optimiser la mise en application de PBRP chez les infirmières soignantes en milieu hospitalier. Malgré les

nombreuses barrières qui se dégagent de l'analyse des écrits, des facteurs peuvent en contrepartie faciliter le rôle des infirmières chefs en vue d'implanter, d'accroître ou de maintenir de manière pérenne la mise en application d'une PBRP sur leur unité.

Les facteurs facilitant la mise en application de PBRP

Parmi les écrits analysés lors de cette revue intégrative, plusieurs facteurs facilitants émergent de façon récurrente et concernent, comme souligné précédemment, l'environnement organisationnel, les infirmières soignantes et les infirmières chefs. Au plan de l'environnement organisationnel, la présence d'une infrastructure faciliterait l'utilisation de résultats probants par les infirmières soignantes tel la présence et la facilité d'accès à un centre de documentation et à un système informatique permettant d'avoir accès à des résultats probants, l'accessibilité à des activités éducatives permettant de diffuser et de mettre à jour une PBRP et le maintien de réseaux de communication ouverts, multidirectionnels et utilisant différents médiums et formats (Bahtsevani & al., 2010; Crow, 2006; Sandstrom & al., 2011). De plus, la mise en place de stratégies multi-niveaux qui ciblent tous les paliers hiérarchiques d'une organisation, soit les administrateurs, les directeurs et les gestionnaires, pourraient faciliter l'utilisation de résultats probants par les infirmières (Gifford & al., 2007). Certains facteurs humains s'avèrent aussi facilitants pour les organisations tels avoir des infirmières chefs impliquées et engagées, faisant preuve de *leadership* et de soutien face aux équipes et étant disponibles pour coordonner des projets de PBRP (Dogherty, Harrison, Baker & Graham, 2012). Par ailleurs, il est aidant de compter sur une équipe de cadres supérieurs novatrice qui valorise et encourage l'utilisation de la recherche, qui agit comme un modèle de rôle et qui démontre de l'engagement et du soutien auprès des infirmières chefs dans le processus de mise en application d'une PBRP (Bahtsevani

& al., 2010; Dogherty & al., 2013; Gifford & al., 2006; Johansson & al., 2010; Sandstrom & al., 2011). De plus, pour une organisation le fait d'avoir des infirmières soignantes engagées qui démontrent une attitude positive et collaborative face à la recherche et à l'implantation de PBRP (Bahtsevani & al., 2010; Bonner & Sando, 2008; Dogherty & al., 2013) ainsi que la présence sur toutes les unités de soins d'une masse critique d'infirmières et de mentors pouvant soutenir leurs pairs faciliteraient également la mise en application d'une PBRP (Hauck & al., 2013). En outre, des facteurs stratégiques et politiques ressortent aussi de l'analyse des écrits. Ainsi, plusieurs chercheurs mentionnent l'importance de certaines caractéristiques entourant la structure hiérarchique des organisations telles qu'être flexible, favoriser l'autonomisation des infirmières chefs (Crow, 2006; Gifford & al., 2007; Sandstrom & al., 2011) et leur assurer du soutien lorsqu'elles implantent une PBRP (Dogherty & al., 2012; Harlos, Tetroe, Graham, Bird & Robinson, 2012). L'absence de conflits d'intérêts dans l'organisation en lien avec les PBRP serait aussi un facteur favorable selon Dogherty et al. (2013), de même que de diffuser un plan stratégique global qui établit des stratégies d'implantation et des visées communes (Hauck & al., 2013; Sandstrom & al., 2011).

Des facteurs facilitants présents chez les infirmières soignantes sont aussi soulignés par différents auteurs. Selon Bahtsevani et al. (2010) lorsqu'une ligne directrice est perçue comme utile et bénéfique, qu'elle assure la sécurité des patients et répond à un problème identifié par les infirmières (Dogherty & al., 2013), cela faciliterait son adoption dans les unités de soins. De plus, une perception positive des infirmières face à l'engagement et l'implication de l'infirmière chef et de l'organisation face aux PBRP les encourageraient à appliquer les nouvelles lignes directrices (Bahtsevani & al., 2010; Sandstrom & al., 2011). Pour Davis et al. (2011) et Gifford et al. (2007), l'autonomisation des infirmières et leur implication à toutes les étapes de la

planification à l'évaluation seraient les facteurs les plus significatifs à la mise en application d'une PBRP car ils favoriseraient des occasions multiples d'apprentissage et de développement professionnel. Ces auteurs évoquent aussi l'importance des relations de qualité entre une infirmière chef et les infirmières soignantes favorisant le respect professionnel mutuel ainsi qu'une meilleure contribution de ces dernières. Par ailleurs, la réception d'informations via des canaux de communication multidirectionnels (Crow, 2006), le soutien de la part de leur infirmière chef et des collègues de travail ainsi que l'accès à des activités éducationnelles (Harlos & al., 2012; Sandstrom & al., 2011; Wojciechowski & al., 2011) faciliteraient également une PBRP. De plus, les résultats probants devraient être clairs, accessibles, reliés à la pratique quotidienne et adaptés au contexte local des infirmières qui ont à les mettre en application dans le milieu de soins (Dogherty & al., 2013).

Finalement, des facteurs facilitants concernant spécifiquement les infirmières chefs émergent aussi des écrits analysés. Ainsi, détenir une formation de niveau universitaire, avoir bénéficié de cours sur la recherche et l'analyse d'études (Bonner & Sando, 2008; Davis & al., 2011; Johansson & al., 2010), participer à des activités de formation continue fournies par l'organisation sur les résultats probants et sur leur utilisation dans la pratique (Lavoie-Tremblay & al., 2012) et préserver du temps pour lire des écrits empiriques sur le temps de travail (Sandstrom & al., 2011) feraient partie des facteurs favorisant la mise en application d'une PBRP d'après des infirmières chefs. Cependant, Gifford et al. (2007) et Johansson et al. (2010) soulignent qu'il manque d'informations dans les études pour conclure à l'efficacité de telles interventions, notamment les formations et les ateliers donnés par les organisations à des infirmières chefs. Selon ces derniers auteurs, les infirmières chefs ayant suivi de la formation additionnelle en méthodologie scientifique, en complément de leur cursus de base, disaient

utiliser davantage des résultats probants et rédigeaient plus de rapports de projets de qualité que celles n'ayant suivi aucune formation supplémentaire. Par contre, aucune différence statistique significative n'a été rapportée entre les infirmières chefs ayant participé ou non à une formation sur les résultats probants donnée dans l'hôpital. Pour Wojciechowski et al. (2011), un facteur essentiel à la mise en application de PBRP chez des infirmières s'avère la possibilité pour les infirmières chefs d'utiliser et de compter sur des ressources humaines et financières suffisantes ainsi que d'avoir du temps pour gérer cette implantation. De leur côté, Dogherty et al. (2013) et Sandstrom et al. (2011) mettent en évidence l'importance pour les infirmières chefs d'être des communicatrices capables de transmettre des connaissances et d'entretenir des partenariats, tant auprès du personnel soignant que des autres gestionnaires, tout en étant aptes à promouvoir auprès des diverses instances de l'organisation la pertinence de compter sur des ressources pour favoriser la dissémination des résultats d'une PBRP sur les unités (Hauck & al., 2013). Divers auteurs soulignent également l'importance pour les infirmières chefs d'avoir une identité clinique forte, d'être des motivatrices, d'assurer un leadership pour faciliter une PBRP ainsi que de sentir l'engagement et le soutien de leur supérieur immédiat (Dogherty et al., 2012; Dogherty & al., 2013; Gifford et al., 2007; Harlos & al., 2012; Hauck et al., 2013; Sandstrom & al., 2011; Wojciechowski & al., 2011). Par ailleurs, la mise en place, par les infirmières chefs de stratégies de suivi comme la mesure d'indicateurs cliniques de qualité (Gifford et al., (2007), des rétroactions sur les résultats obtenus ainsi que la documentation mise à jour sur une PBRP implantées (Bahtsevani et al., 2010; Sandstrom & al., 2011) seraient des facteurs favorisant l'utilisation de celles-ci dans la pratique infirmière. De plus, Gifford et al. (2007) mentionnent l'importance pour les infirmières chefs de valoriser la recherche auprès des infirmières et de faire des présentations en lien avec les PBRP ciblées. La participation d'infirmières chefs et des

infirmières soignantes à des recherches ressort aussi comme un autre facteur facilitant l'implantation de PBRP (Hauck & al., 2013; Sandstrom & al., 2011).

En résumé, plusieurs facteurs facilitants émergeant de l'analyse des écrits de cette revue intégrative sont l'inverse des barrières identifiées précédemment. Quoique non mentionné spécifiquement dans le cadre théorique de Straus et al. (2011), l'identification, l'évaluation et la considération des facteurs facilitants par rapport à l'utilisation des connaissances pourraient s'intégrer, tout comme l'évaluation des barrières, à la troisième étape du processus des connaissances à la pratique (Straus & al., 2011). En jumelant l'évaluation complémentaire des barrières et des facteurs facilitants, les infirmières chefs et les organisations pourraient faciliter la réalisation d'interventions permettant d'accroître la mise en application d'une PBRP chez les infirmières soignantes.

Les interventions favorisant la mise en application d'une PBRP

Les interventions favorisant la mise en application d'une PBRP chez les infirmières soignantes en milieu hospitalier concernent particulièrement les hauts gestionnaires des organisations et les infirmières chefs d'unité de soins. Elles touchent principalement trois types d'interventions soit: la communication, le soutien ainsi que le modèle de rôle où les paroles et les actions, en lien avec une PBRP, inspirent et guident les infirmières soignantes. Ces interventions s'intègrent aux sept étapes du modèle de Straus et al. (2011) et transcendent ce cadre théorique étant donné qu'elles doivent y être présentes tout au long du processus de mise en application des connaissances à la pratique.

Certaines interventions pouvant être opérationnalisées par les infirmières chefs ne peuvent se réaliser que si les organisations mettent en place certains éléments préalables. Ainsi au plan

organisationnel, nombre d'études (Bleich, Cleary, Davis, Hatcher, Hewlett & Hill, 2009; Dogherty & al., 2013; Gifford & al., 2007; Hauck & al., 2013; Sandstrom & al., 2011) concluent qu'il s'avère indispensable de rendre disponible des ressources informatiques et pédagogiques ainsi que de l'équipement tel que des modules d'apprentissage en ligne, des formations en face-à-face, un centre de documentation, un site informatique Intranet et des documents informationnels en lien avec des résultats probants pour aider les infirmières chefs à encourager leur utilisation dans la pratique. Par ailleurs, la mise en application des résultats probants semble aussi être promue lorsqu'ils sont intégrés dans les politiques et les procédures, l'ajustement de systèmes d'audits de qualité, l'évaluation des connaissances et des compétences infirmières ainsi que les normes de pratiques infirmières (Bahtsevani & al., 2010; Bleich & al., 2009; Gifford & al., 2007; Hauck & al., 2013; Sandstrom & al., 2011; Scott & al., 2011). L'inclusion des résultats probants dans les plans d'action stratégiques des établissements ainsi que la création de liens cohérents et visibles entre ceux-ci et la mission, la philosophie et les valeurs de l'organisation pourraient également favoriser la mise en application des résultats probants dans les unités de soins (Crow, 2006; Dogherty et al., 2012; Dogherty et al., 2013; Gifford & al., 2006; Sandstrom et al., 2011). L'allocation de ressources humaines et financières accessibles pour participer, entre autres à de la formation liée à une PBRP, de même que des ressources documentaires disponibles aux infirmières chefs faciliteraient également la mise en application des résultats probants (Dogherty & al., 2012; Sandstrom & al., 2011). De plus, l'identification des barrières à une PBRP, la prévision de solutions possibles pour y remédier, l'attribution du pouvoir aux infirmières chefs et aux infirmières soignantes pour les surmonter et la valorisation de leur contribution lorsqu'elles sont impliquées dans un tel projet (Davis & al., 2011; Dogherty

& al., 2012; Dogherty & al., 2013; Harlos & al., 2012) pourraient faciliter la mise en application d'une PBRP chez les infirmières.

Auprès des infirmières chefs, plusieurs interventions décrites dans les écrits analysés dans cette revue intégrative semblent prometteuses. Les résultats de plusieurs études (Crow, 2006; Dogherty & al., 2012; Dogherty & al., 2013; Hauck & al., 2013; Wojciechowski & al., 2011) montrent l'importance qu'elles développent du leadership et des habiletés relationnelles et interpersonnelles afin de promouvoir une culture favorisant l'utilisation de résultats probants dans les soins et de mener à bien des activités et des projets axés sur ceux-ci. Les écrits analysés mettent aussi en lumière le besoin pour les infirmières chefs de développer leurs capacités à diriger et gérer les changements, les conflits et les réactions négatives pouvant survenir lors de la mise en application de résultats probants (RP). En lien avec un projet de PBRP, elles doivent de plus être en mesure d'établir des partenariats cliniques et académiques, d'en effectuer le suivi, de donner des rétroactions régulières aux infirmières face à celui-ci, d'encourager leur implication et s'assurer d'une participation adéquate de leur part à l'aide de divers moyens (ex. : rencontres, courriels, conférences). Les infirmières chefs sont aussi appelées à motiver les infirmières tout au long du projet, de célébrer avec elles les succès, pour ensuite en disséminer les résultats liés aux patients et enfin reconnaître leur implication et leurs efforts (Bahtsevani & al., 2010; Davies & al., 2011; Dogherty & al., 2012; Dogherty & al., 2013; Hauck & al., 2013; Sandstrom & al., 2011). Selon Johansson et al. (2010), les infirmières chefs sont invitées à soutenir l'innovation, à valoriser la recherche auprès des infirmières, à les encourager à lire des articles portant sur des RP et à fournir des soins basés sur ceux-ci. Les infirmières chefs peuvent aussi intégrer des RP dans des projets d'amélioration continue de la qualité des soins, dans des activités de développement professionnel et de formation continue, dans les routines de soins et

dans l'évaluation de la performance infirmière (Bahtsevani & al., 2010; Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007; Harlos & al., 2012; Johansson & al., 2010). D'autres études (Bahtsevani & al., 2010; Bleich & al., 2009; Harlos & al., 2012; Hauck & al., 2013; Scott & al., 2011) suggèrent la pertinence pour les infirmières chefs d'utiliser et de rendre accessibles les ressources disponibles entourant les PBRP telles les bases de données électroniques, le centre de documentation, les clubs de lecture, les formations spécifiques ainsi que de la documentation attrayante et formatrice. Enfin, plusieurs auteurs (Bleich & al., 2009; Hauck & al., 2013; Dogherty & al., 2013; Sandstrom & al., 2011) soulignent l'importance pour les infirmières chefs de développer des champions et des mentors formés pour accompagner leurs pairs dans la mise en application de RP et pour créer une masse critique d'infirmières stimulant leur application dans les soins.

Les dernières interventions, qui découlent des résultats de cette revue intégrative des écrits, peuvent être appliquées autant par les infirmières chefs que par leurs supérieurs hiérarchiques. En premier lieu, des auteurs soulignent l'importance de la communication au sein de l'organisation et auprès du personnel infirmier. Certains montrent qu'il est crucial de créer un milieu favorable à une communication ouverte et efficace entre les infirmières chefs et les infirmières soignantes ainsi qu'à l'intérieur de l'organisation (Wojciechowski & al., 2011) pour divulguer clairement les politiques en lien avec une PBRP et les justifications sous-jacentes (Sandstrom & al., 2011; Scott & al., 2011). Ainsi, les infirmières chefs qui communiquent de manière adéquate et régulière, qui fournissent de l'information sur les PBRP existantes et qui gardent informées les infirmières tout au long d'un projet portant sur celles-ci, peuvent les aider à les appliquer dans la pratique de manière pérenne (Dogherty & al., 2012). Consulter et conseiller les infirmières soignantes feraient partie d'activités communicationnelles que les

infirmières chefs peuvent effectuer pour exercer leur leadership et influencer une PBRP. Il en va de même des présentations réalisées sur celle-ci aux équipes soignantes (Gifford & al., 2007). D'autres moyens semblent aussi favorables à la communication des lignes directrices tels des protocoles de pratiques infirmières écrites, des rencontres et des tableaux de bord (Bleich & al., 2009; Gifford et al., 2006). Pour Harlos et al. (2012), les stratégies de communication et l'adaptation des messages destinés aux infirmières et aux différents paliers hiérarchiques, semblent des plus importantes chez tout gestionnaire infirmier afin de favoriser un contexte de travail facilitant une PBRP.

En deuxième lieu, plusieurs auteurs (Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007; Sandstrom & al., 2011) mentionnent l'importance du soutien par les hauts gestionnaires auprès de toutes les parties prenantes soit les infirmières chefs, les infirmières soignantes et les champions pour veiller à l'application d'une PBRP dans les unités (Gifford & al., 2006; Hauck & al., 2013; Sandstrom & al., 2011) par leurs supérieurs immédiats (Dogherty & al. 2013; Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007; Sandstrom & al., 2011). Pour ce faire, divers moyens semblent prometteurs tels que: 1) donner de la formation aux infirmières des différents paliers hiérarchiques sur les PBRP, leur application et leur suivi grâce à une collaboration entre les milieux hospitaliers et les maisons d'enseignement; 2) intégrer des RP dans les objectifs organisationnels (Gifford & al., 2007; Lavoie-Tremblay & al., 2012) et 3) assurer un soutien par les centres de documentation (Hauck & al., 2013). Ainsi, Gifford et al. (2007) mentionnent que les infirmières chefs qui ont été impliquées dans la planification et la mise en application d'interventions en lien avec une PBRP ainsi que dans le développement de programmes éducationnels destinés aux personnels soignants en lien avec celles-ci, ont vu leurs résultats auprès des patients, s'améliorer après des audits.

En dernier lieu, plusieurs auteurs (Dogherty & al., 2012; Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007) encouragent les infirmières chefs et les hauts gestionnaires à être des modèles de rôle au sein de leur organisation pour favoriser l'utilisation de la recherche et la mise en application de RP par les infirmières soignantes. Les revues des écrits de Gifford et al. (2006) et de Sandstrom et al. (2011) mettent en évidence l'importance pour les infirmières chefs et leurs supérieurs hiérarchiques d'être visibles et accessibles afin de conserver l'attention du personnel soignant et des administrateurs sur les PBRP et de maintenir leur utilisation par les infirmières. Dogherty et al. (2012) signalent de leur côté les bénéfices pour les infirmières soignantes et les infirmières chefs d'avoir accès à leur supérieur immédiat pour ventiler au besoin leurs frustrations, en lien avec l'adaptation d'une PBRP implantées dans leur unité, pour ensuite trouver des solutions et pouvoir aller de l'avant. De plus, Crow (2006) et Gifford et al. (2007) mentionnent qu'un engagement envers la recherche et les PBRP de la part des infirmières chefs et de leurs supérieurs hiérarchiques ainsi que l'acceptation de celles-ci au niveau organisationnel s'avèrent nécessaires pour susciter l'engagement du personnel soignant envers les PBRP et pour maintenir leur application de manière pérenne.

Discussion

Cette revue intégrative, qui s'appuie sur le Processus des connaissances à la pratique de Straus et al. (2011), porte sur des barrières, des facteurs facilitants et des interventions ayant une influence sur le rôle des infirmières chefs pour accroître la mise en application d'une PBRP par des infirmières soignantes en milieu hospitalier. Pour ce faire, il s'avère important que des interventions touchant à toutes les étapes de ce dernier soient appliquées par les infirmières chefs

et les organisations afin que la PBRP ciblée soient implantée de manière efficiente et pérenne. Le tableau 2 présente certaines des interventions clés majeures pour chacune des étapes du cadre théorique de Straus et al. (2011). Ainsi à la première étape, il est souhaitable que les infirmières soignantes contribuent à identifier un problème de soins dont l'importance a été démontrée (Bahtsevani & al., 2010; Dogherty et al., 2012; Dogherty et al., 2013) et pour lequel les retombées d'une PBRP s'avèrent bénéfiques auprès des patients (Scott & al., 2011).

Par ailleurs, en lien avec les étapes deux et trois du cadre théorique de Straus et al. (2011), l'analyse des articles retenus mène à deux constats. Le premier révèle que seules deux études (Bahtsevani & al., 2010; Dogherty & al., 2012) proposent comme intervention de reconnaître l'importance du contexte organisationnel en vue d'adapter une PBRP aux conditions locales du milieu de soins rejoignant ainsi la deuxième étape du cadre théorique de Straus et al. (2011). Toutefois, plusieurs auteurs (Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007; Hauck & al., 2013; Johansson & al., 2010; Sandstrom & al., 2011) recommandent d'adapter différents éléments des organisations en lien avec la PBRP (ex. : politiques, pratiques infirmières; indicateurs de qualité; évaluation de la performance du personnel; documentation écrite). Conséquemment, les infirmières chefs et leurs supérieurs hiérarchiques sont appelés à ajuster différents éléments de l'unité de soins et de l'organisation en fonction des RP à implanter afin de favoriser davantage leur mise en application par les infirmières soignantes.

Le deuxième constat montre que de nombreux auteurs soulignent l'influence des barrières (n=10) et des facteurs facilitants (n=14) sur la mise en application de PBRP chez les infirmières soignantes. Ils mettent en évidence la nécessité d'évaluer les obstacles nuisant à l'utilisation des connaissances, ce qui correspond à la troisième étape du cadre théorique de Straus et al. (2011). Cependant, une seule étude (Harlos & al., 2012) suggère comme intervention de déterminer

quelles sont les barrières à une PBRP. Par ailleurs, aucun écrit analysé ne propose d'intervention visant à identifier les facteurs facilitants dans les milieux où l'on implante celle-ci. Il ressort de la présente revue intégrative l'importance de tenir compte des barrières existantes, pour trouver des solutions afin d'y remédier mais aussi d'identifier les facteurs facilitants présents sur lesquels pourra s'appuyer la mise en application de la PBRP.

Cette revue intégrative a aussi mis en lumière diverses interventions ciblant les infirmières chefs et l'organisation pouvant s'inscrire à la quatrième étape du cadre de référence de Straus et al. (2011) qui est de choisir, d'adapter et de mettre en place les interventions. Certaines barrières et facteurs facilitants sont spécifiques aux infirmières soignantes, aux infirmières chefs et à l'organisation. Par contre, deux barrières sont communes à toutes ces parties prenantes soit le manque d'engagement et d'implication face aux PBRP (Crow, 2006; Dogherty & al., 2013; Gifford & al., 2006; Sandstrom & al., 2011; Wojciechowski & al., 2011) ainsi que le manque de connaissances sur celles-ci ou sur l'utilisation de systèmes de documentation électronique y donnant accès (Crow, 2006; Gifford & al., 2007). L'organisation semble la mieux placée pour influencer l'ensemble des infirmières chefs et des infirmières soignantes par une visibilité d'engagement et d'implication face à la mise en application et à l'intégration d'une PBRP. Pour démontrer cette volonté organisationnelle, l'organisation et les infirmières chefs doivent choisir et mettre en place des interventions favorisant l'engagement et l'implication de toutes les parties prenantes, incluant les infirmières soignantes, (Gifford & al., 2007) ainsi que l'augmentation des connaissances et de l'accès aux PBRP. Parmi les interventions ressortant des études analysées lors de cette revue intégrative, certains auteurs (Dogherty & al., 2012; Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007) soulignent l'importance pour les infirmières chefs et l'organisation d'être des modèles de rôle pour les infirmières soignantes face à une PBRP en intégrant celle-ci

dans les routines de soins sur les unités ainsi que dans la philosophie et les valeurs de l'organisation. De plus, les infirmières soignantes doivent être impliquées dans les projets de PBRP avec divers moyens tout au long de la mise en application (ex.: présentation aux infirmières d'un projet de PBRP en pré-implantation, rétroaction entre pairs sur son implantation en réunions d'équipe, présentation des résultats sur les patients) (Bahtsevani & al., 2010; Bleich & al., 2009; Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007; Harlos & al., 2012). Pour favoriser la connaissance et l'accès à des RP, plusieurs interventions peuvent être effectuées par l'organisation. Des interventions telles que rendre disponible un centre de documentation et des systèmes informatiques donnant accès aux bases de données (Dogherty & al., 2013; Gifford & al., 2007; Sandstrom & al., 2011; Scott & al., 2011) et améliorer les connaissances par de la formation sur les PBRP, leur application et leur suivi aux différents paliers hiérarchiques, incluant les infirmières soignantes (Bahtsevani & al., 2010; Gifford & al., 2006; Bonner & Sando, 2008; Davis & al., 2011; Hauck & al., 2013; Johansson & al., 2010; Lavoie-Tremblay & al., 2012), pourraient améliorer la mise en application de RP sur les unités. Pour ce faire, des partenariats avec des milieux universitaires pourraient être envisagés (Dogherty & al., 2013) ainsi qu'encourager la poursuite d'études de niveau universitaire chez les infirmières soignantes et les gestionnaires infirmiers (Bonner & Sando, 2008; Davis & al., 2011).

Plusieurs interventions issues des résultats de la présente revue intégrative peuvent s'imbriquer à la cinquième et sixième étape du cadre théorique de Straus et al. (2011) qui consiste à surveiller l'utilisation des connaissances et d'en évaluer les résultats. Par exemple, la présence d'un gestionnaire leader visible et disponible auprès de l'équipe soignante de l'unité permet de diriger, gérer et faire le suivi d'un projet de PBRP mais aussi de soutenir la motivation des infirmières soignantes tout au long de celui-ci (Dogherty & al., 2012; Dogherty & al., 2013;

Gifford & al., 2006; Harlos & al., 2012; Hauck & al., 2013; Wojciechowski & al., 2011). La présence et le soutien de champions et d'une masse critique d'infirmières soignantes familiares avec la PBRP semblent promouvoir son application quotidienne auprès de leurs collègues sur l'unité (Dogherty & al, 2013; Gifford & al., 2007; Hauck & al., 2013; Sandstrom & al., 2011). Enfin, le suivi d'indicateurs de qualité orientés vers la mise en application d'une PBRP permet de la garder présente à l'esprit des infirmières et d'en relancer l'application ou de la réajuster au besoin (Bahtsevani & al., 2010; Dogherty & al, 2012; Gifford & al., 2006; Gifford & al, 2007; Harlos & al., 2012; Hauck & al, 2013; Sandstrom & al., 2011).

La dernière étape du cadre théorique de Straus et al. (2011) cible le maintien de l'utilisation des connaissances. Pour ce faire, les organisations ainsi que les infirmières chefs peuvent donner des rétroactions régulières au personnel infirmier quant aux éléments à être améliorés, modifiés, poursuivis ou consolidés. Elles sont aussi invitées à faire des rappels fréquents et des mises à jour sur la PBRP selon les besoins identifiés (Bahtsevani & al., 2010; Dogherty & al, 2012; Sandstrom & al., 2011). Il s'avère aussi important de diffuser aux infirmières soignantes les résultats obtenus auprès des patients suite à l'application des RP et de les disséminer tant à l'intérieur et l'extérieur des organisations lorsque l'occasion se présente (ex. : des congrès). Il est recommandé que les efforts et l'implication du personnel soignant et des infirmières chefs soient reconnus lors de l'implantation, du suivi, du maintien et de la diffusion d'une PBRP et que les succès soient célébrés avec eux (Davis & al., 2011; Dogherty & al, 2013; Gifford & al, 2006; Hauck & al., 2013).

Il est important de retenir que des interventions ayant été intégrées dans certaines étapes précises du cadre théorique de Straus et al. (2011). peuvent aussi s'incorporer dans d'autres étapes de celui-ci. Par contre, l'application régulière et constante de trois interventions apparaît

essentielle tant par les organisations que par les infirmières chefs afin de favoriser la mise en application de PBRP soit communiquer, soutenir et être un modèle de rôle en lien avec l'utilisation des RP dans la pratique. Ces trois interventions reviennent de façon récurrente dans les écrits analysés et devraient s'appliquer continuellement à l'intérieur des sept étapes du cadre théorique de Straus et al. (2011). Cette revue intégrative montrent que de nombreux écrits (Crow, 2006; Dogherty & al., 2012; Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007; Harlos & al., 2012; Sandstrom & al., 2011; Scott al., 2011; Wojciechowski & al., 2011) font état de l'importance pour les infirmières chefs et les hauts gestionnaires des organisations de communiquer régulièrement et adéquatement avec les infirmières en lien avec les PBRP. La communication doit d'être ouverte, efficace et adaptée aux parties prenantes ciblées en faisant appel à différents médiums (ex : courriel, rapports écrits, documentation, présentation aux équipes). De plus, il s'avère important que l'ensemble des politiques et pratiques infirmières associées aux RP et leur justification soient clairement transmises aux infirmières soignantes.

De nombreux auteurs (Bahtsevani & al., 2010; Dogherty & al., 2012; Gifford & al., 2006; Gifford & al. 2007; Harlos & al., 2012; Hauck & al., 2013; Lavoie-Tremblay & al., 2012; Sandstrom & al., 2011) mentionnent aussi la nécessité pour les infirmières chefs et leurs supérieurs immédiats de soutenir le personnel infirmier lors de l'implantation de RP pour favoriser leur maintien de manière pérenne. On ne peut passer sous silence l'importance du soutien organisationnel envers les infirmières chefs lorsqu'elles ont à mettre en application des RP sur leur unité et pour les appuyer face aux changements que cela entraînent.

De plus, les résultats de cette revue intégrative (Bahtsevani & al, 2010; Dogherty & al., 2012; Dogherty & al., 2013; Gifford & al., 2006; Gifford & al., 2007; Johansson & al., 2010; Sandstrom & al., 2011) démontrent l'importance pour les infirmières chefs et les organisations

d'être des modèles de rôles et des mentors pour les infirmières soignantes face à une PBRP. Elles se doivent d'être visibles et accessibles pour maintenir l'attention sur la PBRP et démontrer une attitude positive et leur implication envers celle-ci. Finalement, les infirmières chefs et les infirmières soignantes doivent sentir l'engagement de leur supérieur immédiat et de l'organisation envers la recherche et les PBRP.

En résumé, plusieurs interventions touchant aux différentes étapes du processus des connaissances à la pratique de Straus et al. (2011) peuvent être entreprises par les infirmières chefs et les organisations pour accroître la mise en application de RP chez les infirmières soignantes travaillant en milieu hospitalier. En plus de ces interventions, il est aussi primordial que les infirmières chefs et leurs supérieurs immédiats communiquent, soutiennent et soient des modèles de rôles pour les infirmières tout en prenant en considération les barrières et les facteurs facilitants pouvant influencer la mise en application d'une PBRP.

Conclusion

Cette revue intégrative des écrits présente un bilan des barrières et des facteurs facilitants que les infirmières chefs peuvent rencontrer lors de la mise en application d'une PBRP sur leur unité de soins. Par ailleurs, en s'appuyant sur le Processus des connaissances à la pratique de Straus et al. (2011), la revue intégrative propose des interventions pouvant favoriser le développement du rôle des infirmières chefs pour accroître la mise en application de RP dans la pratique des infirmières soignantes en centre hospitalier.

En déployant diverses interventions qui tiennent compte à la fois du contexte local, des barrières et des facteurs facilitants influençant la mise en application de PBRP ainsi que des sept étapes du cadre théorique de Straus et al. (2011), les infirmières chefs et les hauts dirigeants des organisations pourront être mieux outillés pour les implanter et en assurer le suivi et la pérennité dans les milieux hospitaliers et ultimement améliorer la qualité des soins et les résultats chez la clientèle.

Conflits d'intérêts :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Aide financière reçue et remerciements :

L'auteur principal tient à remercier Mme Anne Bourbonnais, professeur agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, pour son apport à la révision de cet article ainsi que le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal pour son soutien financier.

Discussion

Limites et forces

Ce travail dirigé comporte différentes limites. Premièrement, les résultats ont été tirés majoritairement d'études primaires exploratoires, à devis mixte ou qualitatif. Seules une revue intégrative, deux revues de littérature et une étude évaluative d'intervention répondaient aux critères d'inclusion. La deuxième limite est en lien avec les échantillons des études retenues et analysées. Dans un premier temps, ceux-ci sont constitués d'une grande majorité de femmes, ce qui a pu influencer leurs perceptions et les résultats obtenus. Dans un deuxième temps, les échantillons présentent une grande différence au niveau de leur taille, qui varie grandement au niveau du nombre de participantes, ainsi que par rapport à la nature des fonctions professionnelles de ces dernières. En effet, certains échantillons ne contenaient pas uniquement des infirmières chefs mais aussi des assistantes infirmières chefs et des infirmières responsables de l'implantation de PBRP en milieu hospitalier. La troisième limite de cette revue intégrative est qu'elle n'a pas retenu d'article ciblant le point de vue des infirmières soignantes quant aux barrières, aux facteurs facilitants et aux interventions déployées par des infirmières chefs et les organisations et pouvant influencer la mise en application d'une PBRP. Il aurait pu être profitable d'en tenir compte et ce sujet pourrait faire l'objet d'une étude future. Finalement, comme dernière limite, les études analysées concernaient uniquement des unités de soins en milieu hospitalier, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres milieux de soins.

Malgré ces limites, cette revue intégrative comporte de nombreuses forces. Premièrement la recherche documentaire a été effectuée avec rigueur. À partir d'une question de recherche, des mots-clés et leurs synonymes ont été utilisés pour repérer des études pertinentes dans des bases électroniques de données scientifiques reconnues dans le domaine de la santé avec l'aide d'une bibliothécaire spécialisée avec celles-ci. Ensuite, une stratégie exhaustive de sélection des écrits

a été utilisée, encadrée par des critères d'inclusion et d'exclusion précis et déterminés par la question de recherche. L'analyse des écrits a aussi été effectuée avec rigueur et en profondeur. Pour s'assurer de la crédibilité et de la fiabilité de celle-ci, différentes stratégies ont été privilégiées. Premièrement une fiche de lecture a été complétée pour chacune des études analysées. Deuxièmement, tous les résultats ont fait l'objet d'une validation lors de discussions régulières mensuelles ou bimensuelles avec la directrice de maîtrise. Finalement, deux tableaux synthèses ont été conçus. Le premier présente les barrières, les facteurs facilitants et les interventions répertoriées dans les écrits pouvant influencer la mise en application de RP par les infirmières soignantes en milieu hospitalier. Le second met en évidence les interventions les plus prometteuses à cibler par les infirmières chefs et les organisations en tenant compte de chacune des sept étapes du Processus des connaissances à la pratique de Straus et al. (2011).

Recommandations pour les sciences infirmières

En dernier lieu, voici les recommandations pour les sciences infirmières s'adressant aux chercheurs, aux infirmières chefs, aux hauts gestionnaires des organisations, aux instances gouvernementales et aux maisons d'enseignement universitaire.

Cette revue intégrative entraîne des implications, entre autres, pour la réalisation d'études sur la stratégie d'interventions proposée qui touche aux sept étapes du modèle du Processus des connaissances à la pratique de Straus et al. (2011) ainsi que sur l'actualisation du rôle des infirmières chefs et des organisations en lien avec leur responsabilité lors de la mise en application de RP chez les infirmières soignantes en milieu hospitalier. Il serait aussi intéressant de réaliser une revue intégrative des études réalisées dans d'autres milieux, par exemple en santé communautaire, en centre de réadaptation physique ainsi qu'en soins de longue durée.

Cette revue intégrative des écrits a aussi des implications face aux suites à donner par les organisations et les gestionnaires infirmiers pour développer des politiques et procédures ainsi qu'une culture organisationnelle favorisant le rôle des infirmières chefs en vue d'accroître la mise en application de RP chez les infirmières soignantes. Il s'avère important que les gestionnaires infirmiers développent leurs capacités à faire preuve d'*advocacy* et de leadership afin d'être en mesure de faire des représentations et d'influencer à la fois leur organisation mais aussi diverses instances gouvernementales afin que des ressources soient disponibles à la mise en application de RP malgré le contexte économique de restrictions budgétaires présent au Québec. Dans un contexte de complexification des problèmes de santé des patients hospitalisés, de rareté de ressources humaines qualifiées et de contraintes budgétaires, il s'avère essentiel que les pratiques infirmières actuelles et futures reposent plus que jamais sur des RP ainsi que sur des ressources humaines, financières et matérielles nécessaires et disponibles. Une formation universitaire de premier ou deuxième cycle, comprenant des cours portant sur la recherche et les RP, pourrait aider les infirmières chefs et les hauts gestionnaires des organisations à les mettre en application dans la pratique des infirmières soignantes ainsi qu'à en faire le suivi et l'évaluation de manière à les rendre pérennes. De plus, il serait profitable que les assistantes infirmières chefs d'unité détiennent elles aussi, minimalement, une formation universitaire incluant des cours en recherche. Étant donné leur présence en tout temps auprès des infirmières soignantes, contrairement aux infirmières chefs, elles peuvent aussi contribuer à l'application quotidienne des RP par l'ensemble de l'équipe soignante.

Par contre, ces propositions peuvent s'avérer difficiles à concrétiser actuellement pour deux raisons : 1) le fait que les études universitaires ne sont pas obligatoires pour exercer la profession d'infirmière au Québec; 2) le contexte économique actuel de restrictions budgétaires

auquel font face tous les milieux hospitaliers de la province. Ces situations exigent des organisations de trouver des solutions novatrices et créatives pour inciter leurs infirmières à poursuivre des études universitaires et à faire des choix financiers prévoyant un budget pour la formation sur les PBRP, leur mise en application et leur suivi ainsi que pour rendre accessibles les ressources matérielles les soutenant. De plus, les établissements universitaires pourraient, de leur côté, favoriser des programmes d'études de premier et deuxième cycle en sciences infirmières destinés à des infirmières d'expérience ayant terminé leur formation de base depuis plusieurs années. En adaptant ceux-ci à la réalité des infirmières déjà actives sur le marché du travail et à l'importance de fonder la pratique sur des RP, cela pourrait faciliter et encourager le retour aux études de celles-ci et leur engagement face aux PBRP.

Conclusion

Ce travail dirigé présente un bilan rigoureux des barrières et des facteurs facilitants que les infirmières chefs peuvent rencontrer lors de la mise en application d'une PBRP sur leur unité de soins. Il propose aussi une stratégie d'interventions novatrice pouvant être effectuée par ces dernières ainsi que par leurs supérieurs hiérarchiques pour accroître la mise en application de PBRP chez les infirmières soignantes en centre hospitalier.

En déployant diverses interventions qui tiennent compte à la fois du contexte local, des barrières et des facteurs facilitants influençant la mise en application d'une PBRP ainsi que des sept étapes du cadre théorique de Straus et al. (2011), les infirmières chefs et les hauts gestionnaires des organisations pourront être mieux outillés pour les implanter et en assurer le suivi et la pérennité dans les milieux hospitaliers et ultimement améliorer la qualité des soins et les résultats chez la clientèle. Il est important, malgré le contexte économique de restrictions budgétaires que certaines interventions, regroupées dans chacune des sept étapes du cadre théorique de Straus et al. (2011), soient réalisées afin d'optimiser la mise en application de RP auprès des patients hospitalisés le plus rapidement possible.

Les barrières et les facteurs facilitants ainsi que les interventions et les recommandations présentés dans ce travail dirigé sont contextualisés aux infirmières soignantes, aux infirmières chefs et aux organisations du réseau de la santé au Québec. Par contre, une grande partie des éléments présentés proviennent d'écrits empiriques réalisés dans différents pays et pourraient possiblement être transposés et adaptés à la réalité de différents milieux de soins en dehors du Québec ou avec d'autres professionnels de la santé.

La mise en place des recommandations qui proviennent de ce travail dirigé est souhaitable afin d'accroître la mise en application de RP chez les infirmières soignantes à travers le développement du rôle des infirmières chefs. De surcroît, les hauts gestionnaires des

organisations, les instances gouvernementales ainsi que les milieux académiques universitaires sont invités à travailler de concert pour aider et soutenir ces dernières.

Références

- Bahtsevani, C., Willman, A., Stoltz, P. & Ostman, M. (2010). Experiences of the implementation of clinical practice guidelines – interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 514-522.
- Bleich, M. R., Cleary, B. L., Davis, K., Hatcher, B. J., Hewlett, P. O. & Hill, K. H. (2009). Mitigating Knowledge Loss. A Strategic Imperative for Nurse Leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 39(4), 160-164.
- Bonner, A. & Sando, J. (2008). Examining the knowledge, attitude and use of research by nurses. *Journal of Nursing Management*, 16, 334-343.
- Bowen, S. J. & Graham, I. D. (2013). From Knowledge Translation to engaged Scholarship: Promoting Research Relevance and Utilization. *Archives of Physical Medecine and Rehabilitation*, 94(1 supp 1), s3-8.
- Crow, G. (2006). Diffusion of Innovation: The leaders' Role in Creating the Organizational Context for Evidence-based Practice. *Nursing Administration Quaterly*, 30(3), 236-242.
- Davies, B., & Logan, J. (2012). *Reading research, A User-Friendly Guide for Health Professionals*, Fifth Edition. Toronto, Canada: Elsevier.
- Davies, A., Wong, C. A. & Laschinger, H. (2011). Nurses' participation in personal knowledge transfer: the role of leader-member exchange (LMX) and structural empowerment. *Journal of Nursing Management*, 19, 632-643.
- Desbiens, C. (2015). *Pratiques éducatives et organisationnelles favorisant la mise en application des connaissances acquises en contexte de développement professionnel chez les infirmières*. Travail dirigé de maîtrise inédit. Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.
- Dogherty, E.J., Harrison, M. B., Baker, C. & Graham, I. D. (2012). Following a natural experiment of guideline adaptation and early implementation: a mixed-methods study of facilitation. *Implementation Science*, 7(9), 1-12.
- Dogherty, E. J., Harrison, M. B., Graham, I. D., Digel Vandyk, A. & Keeping-Burke, L. (2013). Turning Knowledge into Action at the Point-of-Care: The Collective Experience of Nurses Facilitating the Implantation of Evidence-Based Practice. *Workviews on Evidence-Based Nursing*, 10(3), 129-139.
- Doherty-King, B. & Bowers, B. (2011). How Nurses Decide to Ambulate Hospitalized Older Adults: Development of a Conceptual Model. *The Gerontologist*, 51(6), 786-797.
- Gifford, W. A., Davies, B., Edwards, N. & Graham, I. D. (2006). Leadership Strategies to Influence the Use of Clinical Practice Guidelines. *Nursing Leadership*, 19(4), 72-88.

- Gifford, W.A., Davies, B., Edwards, N., Griffin, P. & Lybanon, V. (2007). Managerial Leadership for Nurses' Use of Research Evidence: An Integrative Review of the Literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(4), 126-145.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell W. & Robinson, N. (2006). Lost Knowledge Translation: Time for a map? *Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24.
- Harlos, K., Tetroe, J., Graham, I. D., Bird, M. & Robinson, N. (2012). Mining the Management Literature for Insights into Implementing Evidence-Based Change In Healthcare. *Healthcare Policy*, 8(1), 33-48.
- Hauck, S., Winsett, R. P. & Kuric, J. (2013). Leadership facilitation strategies to establish evidence-based practice in an acute care hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 69(3), 664-674.
- Johansson, B., Fogelberg-Dahm, M. & Wadensten, B. (2010). Evidence-based practice: the importance of education and leadership. *Journal of Nursing Management*, 18, 70-77.
- Lavoie-Tremblay, M., Anderson, M., Bonneville-Roussy, A., Drevniok, U. & Lavigne, G.L. (2012). Nursing Executives' Perception of the Executive Training for Research Application (EXTRA) Program. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3/4, 186-192.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F. & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*, Deuxième Édition, St-Laurent, Canada : ERPI.
- Sandstrom, B., Borglin, G., Nilsson, R. & Willman, A., (2011). Promoting the Implementation of Evidence-Based Practice: A Literature Review Focusing on the Role of Nursing Leadership. *Worldview on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 212-223.
- Scott, S. D., VandenBeld, B. & Cummings, G. G. (2011). Optimizing Clinical Environments for Knowledge Translation: Strategies for Nursing Leaders. *Nursing Leadership*, 24(3), 73-84.
- Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I. (2009). Defining knowledge translation. *Canadian Medical Association Journal*, 181(3-4)
- Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I. D. (2011). Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64, 6-10.
- Whittemore, R. (2005). Combining Evidence in Nursing Research: Methods and Implication. *Nursing Research* 54(1), 56-62.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553.

Wojciechowski, E., Ritze-Cullen, N. & Tyrrell, S. (2011). Understanding the Learning Needs of the Charge Nurse. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27(4), E10-E17.

Appendice A:

Cadre théorique du Processus des connaissances à la pratique
de Straus, Tetroe et Graham (2011)

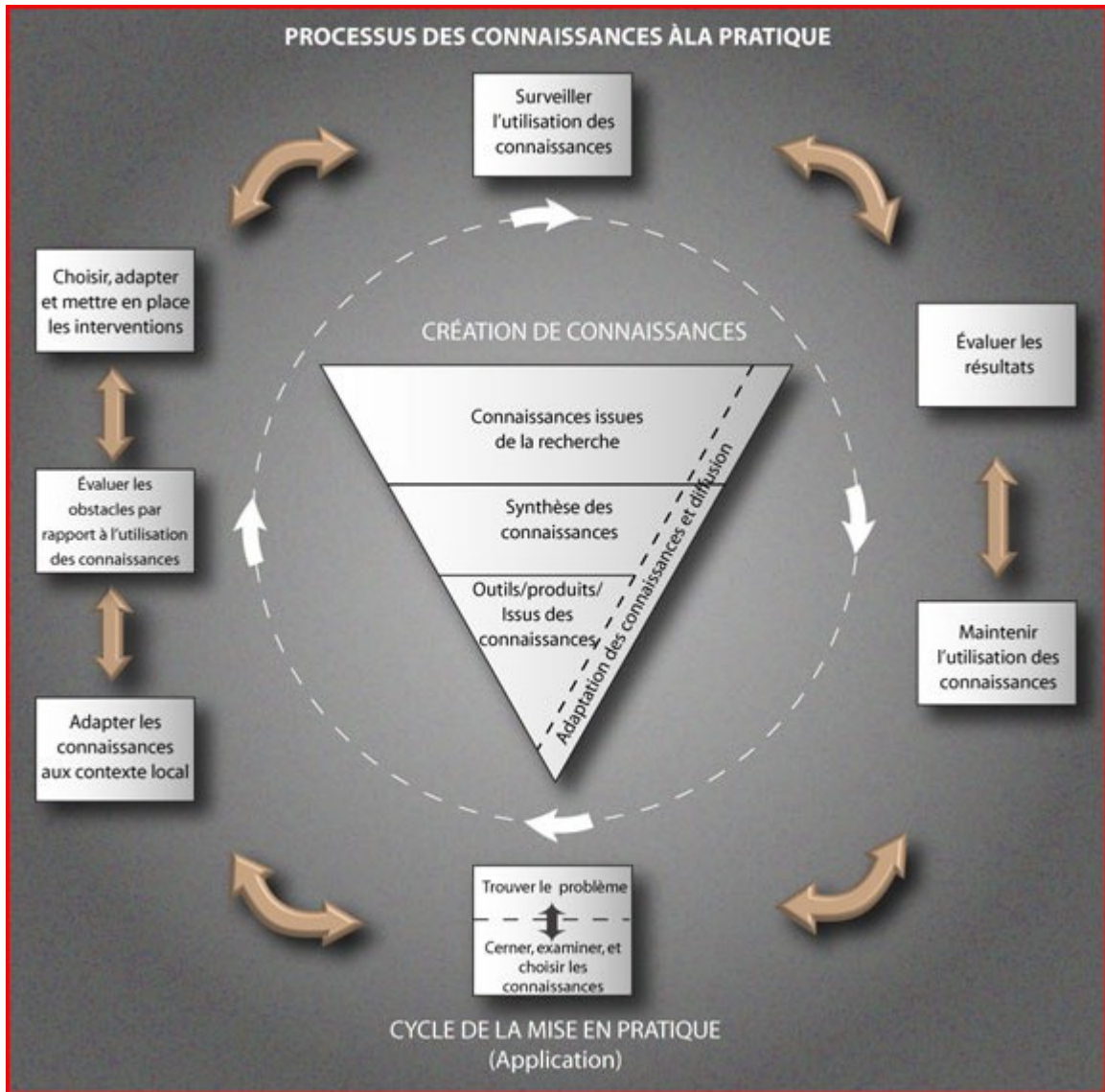


Figure 1. Cadre théorique du Processus des connaissances à la pratique de Straus, Tetroe et Graham (2011). Traduction du modèle *The knowledge-to-action framework* de Straus, Tetroe et Graham (2011) par les Institut de recherche en santé du Canada (2014).

Appendice B

Processus de sélection des écrits

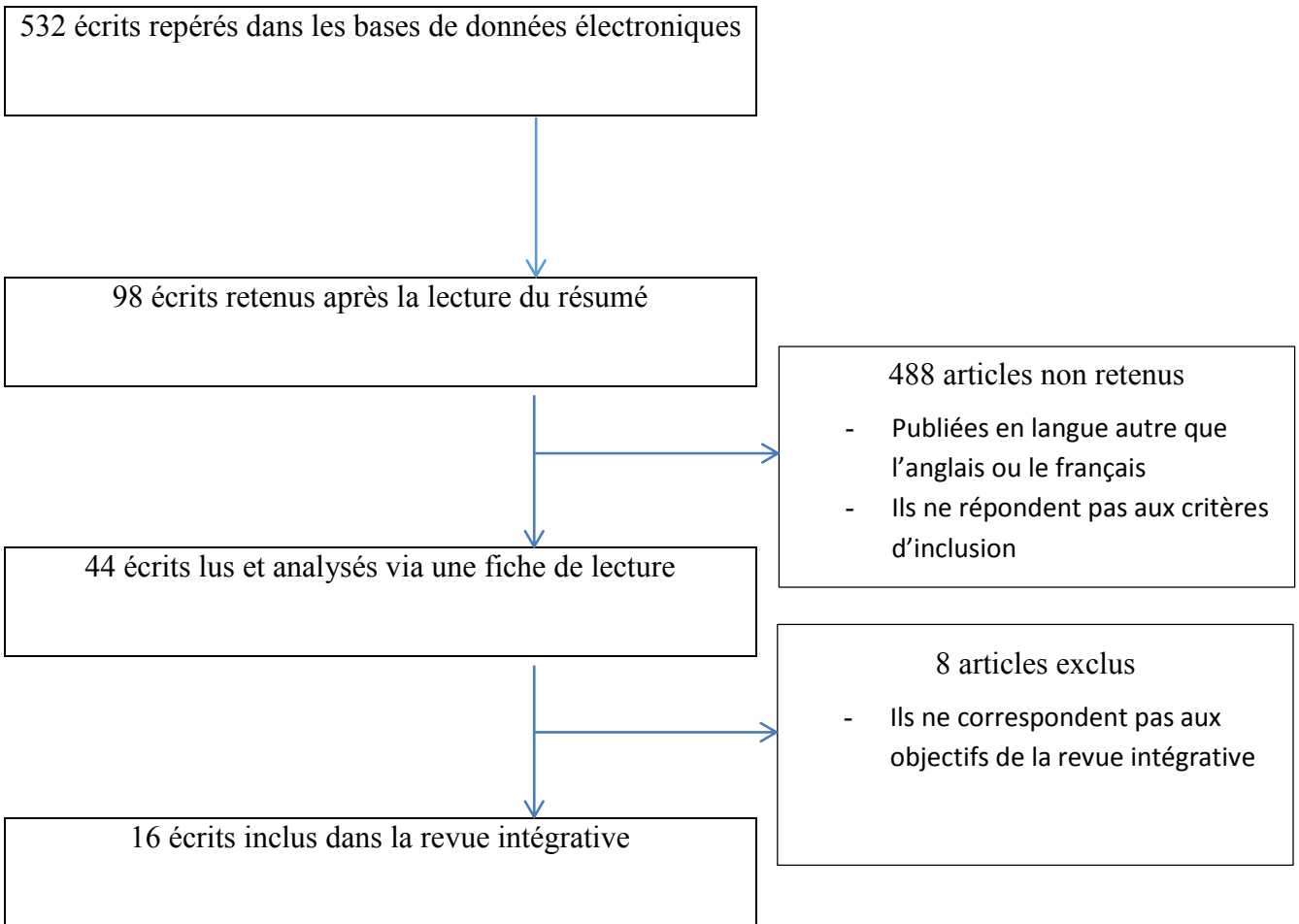


Figure 2. Cadre théorique du Processus des connaissances à la pratique de Straus, Tetroe et Graham (2011)

Appendice C

Tableau récapitulatif des écrits empiriques portant sur les barrières et les facteurs facilitants à une PBRP ainsi que les interventions pour en favoriser la mise en application

Tableau1: Études portant sur les barrières, les facteurs facilitants aux PBRP ainsi que les interventions pour en favoriser la mise en application

| Source, pays et Devis | But | Échantillon | Barrières et facteurs facilitants | Interventions |
|--|---|---|--|---|
| Bahtsevani et al. (2010) Suède Étude qualitative | Connaître les expériences des icu et les facteurs facilitants la mise en application de LD dans la pratique | 53 participants (icu, aic et inf) ont complété un sondage dont 20 ont collaboré à une entrevue semi-structurée individuelle | Facteurs facilitants: <ul style="list-style-type: none"> • Problème identifié par les inf menant à l'implantation d'une LD bénéfique et sécuritaire pour les patients • Implication et soutien d'un gestionnaire • Suivis, rappels et mises à jour continus sur la LD retenue • Personnel ayant une attitude positive et une intention de collaborer à l'implantation et à l'évaluation de la LD • Système de documentation informatique fonctionnel et accessible | Interventions pour les icu: <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la LD dans la routine de soins • Ajuster la LD aux conditions locales de l'organisation et des unités • Impliquer les inf avec divers moyens (ex : réunion, conférence, courriel) tout au long de l'implantation • Donner des rétroactions pour maintenir l'utilisation de la LD • Surveiller l'adhésion à la LD à l'aide de moyens informels (ex discussions) et formels (ex : mesure d'indicateurs de qualité) • Présenter au personnel les résultats pour les patients de la LD • Améliorer les connaissances chez le personnel de la LD |
| Bleich et al. (2009) États-Unis Synthèse d'observations recueillies auprès d'icu | Synthétiser les observations d'icu sur des approches favorisant le transfert de connaissances d'inf expérimentées vers des novices et proposer des stratégies pour éviter le départ des inf expérimentées | Non déterminé | nil | Interventions pour les icu: <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un programme d'évaluation des connaissances et des compétences en lien avec une PBRP • Favoriser la rétroaction entre pairs lors de réunions d'équipe • Mettre par écrit les protocoles, les politiques et les procédures tenant compte une PBRP • Identifier des champions pour transmettre les connaissances et les former • Transférer les connaissances par des moyens variés (modules <i>e-learning</i>, documentation écrite) |
| Bonner et Sando (2008) Australie Étude descriptive | Explorer les connaissances, les attitudes et l'utilisation de la recherche par des inf travaillant dans une zone rurale du <i>Far North Queensland</i> | 347 inf (inf avec ou sans diplôme universitaire, icu conseillères, directrices des soins infirmiers) | Barrières : <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'habiletés, de ressources et de temps pour faire des recherches • Manque de soutien organisationnel Facteurs facilitants : <ul style="list-style-type: none"> • Études universitaires • Attitude positive des inf, des icu et des gestionnaires face à la recherche | nil |

| Source, pays et Devis | But | Échantillon | Barrières et facteurs facilitants | Interventions |
|---|--|---|---|---|
| Crow (2006) État-Unis Écrit théorique | Présenter des stratégies favorisant la transformation de l'environnement de pratique pour faire en sorte que les PBRP deviennent la norme au lieu de l'exception | Non applicable | Barrières : <ul style="list-style-type: none"> Structures hiérarchiques contrôlantes fonctionnant avec des commandes de haut vers le bas Faible adaptabilité aux changements Incompétence technologique Faible engagement des icu et des inf Non gestion des émotions négatives liées aux changements engendrés par les PBRP Facteurs facilitants : <ul style="list-style-type: none"> Réseaux de communication ouverts, multinationaux avec différentes voies de communication Infrastructure technologique facile à utiliser | Interventions communes aux icu et aux organisations : <ul style="list-style-type: none"> Créer un lien entre les activités reliées aux PBRP et la mission, la vision et les valeurs de l'organisation Gérer les émotions négatives liées au changement Favoriser l'engagement autant dans l'organisation que chez les inf |
| Davies et al. (2011) Canada Analyse secondaire de données d'une étude corrélative | Examiner les relations entre l' <i>empowerment</i> structurel, la qualité de la relation entre les gestionnaires et les employés et la participation des inf aux PBRP | 234 participants | Facteurs facilitants en lien avec la qualité de la relation entre l'icu et ses inf : <ul style="list-style-type: none"> Respect professionnel mutuel Facteurs facilitants en lien avec l'autonomisation structurelle : <ul style="list-style-type: none"> Occasions multiples d'apprentissage et de développement Détention d'un baccalauréat en sciences infirmières au lieu d'un diplôme infirmier | Interventions communes aux icu et aux organisations <ul style="list-style-type: none"> Valoriser l'autonomisation dans le milieu infirmier Souligner la contribution et les efforts liés au travail effectué en lien avec les PBRP |
| Dogherty et al. (2012) Canada Revue de littérature, suivis d'audits (nombre non déterminé) en plus d'une étude de cas | Améliorer la compréhension du rôle des activités et habiletés des participants engagés dans un processus de facilitation pour l'implantation d'une PBRP Décrire des activités facilitant l'implantation de PBRP | 3 études de cas avec un nombre de participants non identifié 6 facilitateurs avec des entrevues semi-dirigées de groupes | Facteurs facilitants : <ul style="list-style-type: none"> Disponibilité d'un leader pour coordonner le projet de PBRP Possession d'habiletés et de contenu d'experts cliniques nécessaires à un projet de PBRP Accessibilité à un bureau où les inf et les icu peuvent ventiler leurs frustrations face à l'implantation de PBRP Environnement ouvert, soutenant et de confiance qui mène au changement Développement de différentes compétences au niveau relationnelles, communicationnelles, organisationnelles et de leadership | Interventions pour les icu : <ul style="list-style-type: none"> Choisir un changement à apporter reconnu par le personnel Réaliser des audits et donner de la rétroaction aux inf sur les succès et les éléments restant à améliorer Prévoir des solutions aux barrières Diriger et gérer le changement Fournir des ressources et des outils Faire des représentations pour obtenir des ressources Reconnaître l'importance du contexte local et adapter les PBRP Donner du soutien et faire le suivi de la mise en application une PBRP Communiquer efficacement et régulièrement l'information sous différentes formes (ex : courriel, téléphone, en personne, rapports, documents) Agir comme modèle de rôle et mentor Reconnaître les efforts et célébrer les succès Favoriser l'autonomisation des inf et du groupe Évaluer les résultats observés chez les patients et les relier à l'implantation une PBRP |

| Source, pays et Devis | But | Échantillon | Barrières et facteurs facilitants | Interventions |
|--|--|--|---|---|
| Dogherty et al. (2013) Canada Analyse secondaire de données recueillies dans un symposium | Décrire la connaissance tacite en lien avec la notion de facilitation tirée de l'expérience d'inf qui ont implanté une PBRP | 20 inf (hauts gestionnaires inf, icu, cliniciennes spécialisées, chercheurs, inf soignantes) | <p>Barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'engagement et d'implication des gestionnaires, de l'organisation et des inf • Manque de soutien des gestionnaires et d'inf en pratique avancée • Manque de ressources humaines, financières, matérielles, de temps et d'accès aux PBRP • Conflits et compétitivité entre diverses priorités organisationnelles • Environnement instable et surchargé • Effectifs ayant un moral bas • Absence de suivi et de moyens pour assurer une pérennité <p>Facteurs facilitants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification d'une problématique par les inf • PBRP accessible et adaptée au contexte local de pratique des utilisateurs • Engagement des gestionnaires et des inf • Absence de conflits d'intérêts • Présence d'un leader capable de transmettre des connaissances, de soutenir et d'entretenir des partenariats avec les gestionnaires et les inf • Présence d'un bon communicateur ayant des habiletés interpersonnelles | <p>Interventions communes aux icu et aux organisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démontrer l'importance de la problématique aux inf • Développer des partenariats cliniques et académiques • Engager les parties prenantes et leur donner du pouvoir pour surmonter les barrières aux PBRP • Développer des champions • Avoir un plan stratégique en lien avec les PBRP • Avoir des ressources matérielles (documentation, équipement) • Utiliser différentes stratégies pour implanter les PBRP (éducatives, <i>marketing</i>, ...) • Gérer les conflits et bâtir des consensus • Effectuer des suivis, donner des rétroactions et célébrer les succès • Soutenir les icu lors de l'implantation de PBRP |
| Gifford et al. (2006) Canada Analyse secondaire de données qualitatives recueillies à l'intérieur d'une étude prospective de théorisation ancrée | <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les comportements de leadership et les activités des icu facilitant l'implantation de LD dans la pratique • Identifier les activités organisationnelles facilitant des LD dans la pratique | 32 participants provenant de 9 organisations (4 jugées soutenantes et 5 jugées non soutenantes aux PBRP) ont participé à des entrevues téléphoniques individuelles | <p>Barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'une personne ressource pour faciliter l'utilisation de la LD après l'implantation • Implantation de la LD est vue comme non prioritaire par les gestionnaires • Manque d'engagement de l'organisation pour soutenir les LD • Compétition entre différents projets organisationnels • Communication inconstante et fragmentée <p>Facteurs facilitants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appui organisationnel en lien avec les LD • Soutien de l'icu et de l'organisation | <p>Interventions pour les icu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir du soutien aux inf et aux champions • Être accessible et visible pour maintenir l'attention du personnel sur la LD <p>Interventions organisationnelles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les LD dans les valeurs et la philosophie de l'organisation • S'assurer que la formation continue, les documents de formation, les politiques, les pratiques infirmières et les évaluations de performance renforcent l'utilisation des LD • Contrôler les résultats cliniques à l'aide de suivis d'indicateurs de performance en lien avec les LD • Être un modèle de rôle face aux LD <p>Interventions communes aux icu et aux organisations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer avec divers médiums (rencontres, courriels, tableau de bord) • Reconnaître les efforts des personnes impliquées lors de l'implantation |

| Source, pays et Devis | But | Échantillon | Barrières et facteurs facilitants | Interventions |
|--|--|---|--|--|
| Gifford et al. (2007) Canada Revue intégrative de la littérature | Décrire les activités de leadership des ICU pouvant influencer la PBRP Identifier les interventions soutenant les ICU pour favoriser une PBRP | 12 études (8 qualitatives et 4 quantitatives) | <p>Barrières chez les ICU pouvant influencer la PBRP :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hiérarchie organisationnelle à paliers multiples • Stratégies insuffisantes pour soutenir les inf et surmonter les barrières organisationnelles <p>Barrières organisationnelles perçues par les ICU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible gestion des priorités • Évaluation de la performance nuisant au développement professionnel • inf ayant peu de connaissances sur les PBRP • Problèmes récurrents de main-d'œuvre et de restructuration <p>Facteurs facilitants perçus par les ICU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possession d'une identité clinique forte • Personnel en quantité suffisante • Structure hiérarchique réduite à qui se rapporter • Implication directe dans la planification et la dispensation de PBRP (ex : révision des politiques, développement de formation) <p>Facteurs facilitants pour l'organisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre de documentation et des ressources informatiques fiables • Présence d'un système de mesure d'indicateurs cliniques de qualité et de suivi en lien avec une PBRP • Incorporation une PBRP et de recherche dans les plans stratégiques • Stratégies facilitant l'utilisation de la recherche par les inf ciblant les ICU, les directeurs et les administrateurs | <p>Interventions pour les ICU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allouer les ressources nécessaires pour soutenir l'utilisation de PBRP par les inf • Consulter, conseiller et soutenir les inf en lien avec les PBRP • Encourager la participation à des conférences promouvant les PBRP • Faire des présentations aux équipes soignantes et aux gestionnaires supérieurs • Incorporer l'utilisation de la recherche dans l'évaluation de la performance • Améliorer l'accès à un centre de documentation, aux ressources électroniques et aux formateurs • Mesurer à l'aide d'indicateurs de qualité l'application une PBRP • Être un modèle de rôle et démontrer un engagement envers la recherche • Promouvoir l'utilisation de PBRP <p>Interventions organisationnelles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être un modèle de rôle face aux PBRP • Avoir des stratégies à différents niveaux hiérarchiques pour rejoindre les ICU, les directeurs et les administrateurs • Réviser les politiques et les protocoles pour refléter les PBRP • Incorporer les PBRP dans les plans stratégiques et objectifs organisationnels • Soutenir les inf et les ICU pour l'implantation et le maintien de PBRP • Former les inf, les ICU et les gestionnaires supérieures sur PBRP • Impliquer les ICU dans la planification de PBRP et dans le développement de formations pour des inf soignantes |
| Harlos et al. (2012) Canada Synthèse narrative systématique | Comprendre les liens entre le changement organisationnel et les PBRP à partir des théories d'action tirées de littérature en sciences sociales, de l'éducation | 100 études | <p>Facteur facilitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutien du supérieur hiérarchique, de l'organisation et des collègues de travail | <p>Interventions communes aux ICU et aux organisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendre accessible une PBRP • Déterminer les barrières aux PBRP • Favoriser la communication entre les différents paliers hiérarchiques et adapter le message d'intervention désiré au récepteur ciblé • Soutenir l'innovation • Avoir une connaissance du contexte organisationnel • Créer un climat et des relations de travail propices aux PBRP • Monitorer les comportements et la qualité des soins dispensés • Avoir un leader pour favoriser et reconnaître la contribution de chacun <p>Favoriser l'implication de la main-d'œuvre dans l'implantation une PBRP</p> |

| Source, pays et Devis | But | Échantillon | Barrières et facteurs facilitants | Interventions |
|--|---|-----------------------|--|---|
| Hauck et al. (2013) États-Unis Étude prospective, descriptive et comparative | Évaluer l'impact des stratégies de leadership et de facilitateur sur les croyances des inf p/r à l'importance et la fréquence d'utilisation PBRP et sur leurs perceptions quant à l'intérêt de l'organisation face aux PBRP après leur implantation Évaluer les croyances, les fréquences d'utilisation et l'intérêt face aux PBRP d'inf, d'inf conseil et des icu | 427 participants | Facteurs facilitants <ul style="list-style-type: none"> • Masse critique d'inf soignantes formées sur les PBRP pour en influencer la pratique dans les soins quotidiens • Plan stratégique global de soins établissant des stratégies et des interventions en lien avec une PBRP • Participation des inf à des projets de PBRP | Interventions organisationnelles : <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le soutien provenant du centre de documentation • Mettre sur le site Intranet de l'organisation des modules en ligne sur les PBRP • Établir des politiques et procédures basées sur une PBRP pour la pratique infirmière • Promouvoir un leadership infirmier favorisant une culture de PBRP chez les icu et les gestionnaires supérieurs Interventions pour les icu : <ul style="list-style-type: none"> • Former les inf sur les PBRP • Identifier des mentors, les former et les soutenir • Disséminer les PBRP et leurs résultats en reconnaissant l'implication des inf • Viser l'amélioration des résultats chez les patients par le suivi d'indicateurs de qualité fondé sur les PBRP • Faire des représentations afin d'obtenir des ressources pour de la formation et la diffusion des résultats une PBRP • Faire participer des inf à des projets en lien avec les PBRP |
| Johansson et al. (2010) Suède Étude quantitative et exploratoire | Décrire les PBRP chez des icu et explorer si le nombre d'années d'expérience est associé à des activités reliées aux PBRP Évaluer les effets de la formation sur les PBRP, ainsi que la perception du soutien reçu de la part du supérieur immédiat sur le recours aux RP | N= 99 (59%) d'icu | Barrières : <ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps pour lire des articles de PBRP • Absence de discussion une PBRP avec le personnel Facteurs facilitants : <ul style="list-style-type: none"> • Cursus de formation incluant la méthodologie scientifique • Perception que le supérieur immédiat accorde de l'importance aux PBRP • Lecture d'articles de PBRP suivi de discussion avec des pairs sur ceux-ci • Évaluation des projets de PBRP et de leurs effets par des rapports écrits | Interventions pour les icu : <ul style="list-style-type: none"> • Encourager le personnel à lire des articles de PBRP • Utiliser une PBRP dans des projets de qualité et de développement • Fournir des soins basés sur une PBRP |
| Lavoie-Tremblay et al. (2012) Canada Étude évaluative d'une intervention (à devis mixte) | Examiner les perceptions des icu face aux changements des connaissances et de l'utilisation de RP suite à leur participation au programme EXTRA (<i>Executive Training for Research Application</i>) | 32 participants (icu) | Barrières : <ul style="list-style-type: none"> • Manque de temps pour développer adéquatement un projet • Compétitivité entre différentes priorités organisationnelles Facteurs facilitants : <ul style="list-style-type: none"> • Opportunité de développement au plan personnel et professionnel | Interventions organisationnelles : <ul style="list-style-type: none"> • Former les icu sur les PBRP, leur mise en application et leur suivi • Promouvoir l'utilisation de PBRP dans l'organisation et soutenir le changement • Soutenir le changement relié à l'utilisation de PBRP dans un contexte organisationnel |

| Source, pays et Devis | But | Échantillon | Barrières et facteurs facilitants | Interventions |
|--|---|---------------|--|--|
| Sandstrom et al. (2011) Suède Revue de littérature | Examiner la notion du leadership et son influence sur le processus d'implantation de PBRP | 7 études | <p>Barrières chez les gestionnaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absence d'intérêt envers la recherche chez les icu et leurs supérieurs hiérarchiques qui ne démontrent aucun engagement en lien avec les PBRP • Absence de soutien des administrateurs <p>Facteur facilitant des gestionnaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaires engagés face aux LD et capables d'être des modèles de rôles • Habiletés de communication efficaces <p>Barrières organisationnelles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail occasionné par un nombre élevé de patients très malades et un nombre insuffisant de personnel <p>Facteurs organisationnels facilitants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectif commun, pour l'organisation et le personnel soignant, d'implanter une LD • Création et soutien d'une équipe de gestion novatrice <p>Facteurs facilitants au niveau de la culture:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culture où l'utilisation de la recherche est valorisée et encouragée par les gestionnaires • Utilisation de résultats de recherche dans les évaluations de la performance | <p>Interventions pour les icu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir et motiver les inf à utiliser une PBRP • Être accessible et visible • Communiquer adéquatement les PBRP et les évidences qui les soutiennent • S'adjoindre des champions • Donner des rétroactions • Reconnaître les efforts du personnel lors de l'implantation de PBRP • Créer un milieu positif pour soutenir les meilleures pratiques <p>Interventions organisationnelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accorder du temps pour lire des articles de recherche • Encourager les inf à suivre et participer à des conférences • S'assurer que les politiques et la documentation reflètent des pratiques infirmières qui utilisent des LD • Suivre et réviser régulièrement les indicateurs cliniques en lien avec les LD • Soutenir le développement de champions cliniques • Favoriser l'autonomisation sur les unités • Fournir des opportunités au personnel pour se développer • Soutenir les icu en allouant suffisamment de ressources • Incorporer une PBRP dans les plans stratégiques • augmenter l'accès à du matériel via des infrastructures organisationnelles (ex : centre de documentation, conférences, ordinateurs), à des ressources humaines (ex : inf conseil) ou à de la formation |
| Scott et al. (2011) Canada Résumé des résultats fait à partir d'une étude ethnographique | Proposer des stratégies pour les icu pour améliorer l'environnement clinique et soutenir les efforts de mise en application une PBRP dans leur organisation | Non identifié | <p>Barrières :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variations dans les styles de gestion et de leadership des gestionnaires | <p>Interventions pour les icu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter le partage d'informations via des clubs de lecture et l'accès à des ordinateurs • Communiquer les politiques aux inf et les raisons qui les sous-tendent |

| Source, pays et Devis | But | Échantillon | Barrières et facteurs facilitants | Interventions |
|--|--|---|--|--|
| Wojciechowski et al. (2011) États-Unis Étude qualitative | Identifier les besoins éducationnels des inf en charge et l'implication du personnel spécialisé en formation à ce niveau | N = 22, 50% d'inf détenant des tâches de gestion (non spécifié si aic ou icu) | Barrières : <ul style="list-style-type: none"> • Rôles multiples tenus simultanément • Manque d'engagement chez les inf • Manque de ressources humaines pour donner des soins sécuritaires • Contraintes financières • Difficulté à communiquer en lien avec les PBRP Facteurs facilitants : <ul style="list-style-type: none"> • Soutien du supérieur hiérarchique (tant icu que hauts gestionnaires) • Temps pour gérer les changements en lien avec les PBRP | Interventions pour les icu : <ul style="list-style-type: none"> • Développer des habiletés de leadership • Adopter une communication ouverte et efficace • Gérer les comportements nuisibles, les conflits • Motiver le personnel |

Légende :

Aic : assistante infirmière chef

Icu : infirmière chef d'unité

Inf : infirmière soignante

LD : lignes directrices

PBRP : pratique basée sur des résultats probants

RP : résultats probants

Appendice D

Tableau résumé d'interventions prometteuses pouvant favoriser la mise en pratique des RP
chez des infirmières soignantes pour chacune des étapes du cadre théorique
de Straus et al. (2011)

Tableau résumé d'interventions prometteuses pouvant favoriser la mise en application des RP chez des infirmières soignantes pour chacune des étapes du cadre théorique de Straus et al. (2011)

| Étapes du cadre théorique du Processus des connaissances à la pratique | Interventions pour les organisations | Interventions pour les infirmières chefs |
|--|--|--|
| 1- Trouver le problème | <ul style="list-style-type: none"> • Solliciter la participation des infirmières chefs à l'identification d'un problème de soins pouvant être amélioré par une PBRP | <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la participation des infirmières soignantes à l'identification d'un problème de soins pouvant être amélioré par une PBRP |
| 2- Adapter les connaissances au contexte local | <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître l'importance du contexte organisationnel afin d'adapter les RP aux conditions locales de l'organisation • Ajuster différents éléments de l'organisation en lien avec les RP à implanter | <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître l'importance du contexte organisationnel afin d'adapter les RP aux conditions particulières du milieu de soins • Ajuster différents éléments de l'unité de soins en lien avec les RP à implanter |
| 3- Évaluer les obstacles par rapport à l'utilisation des connaissances | <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer, au niveau organisationnel, les barrières à la PBRP à implanter • Identifier les facteurs facilitants présents dans l'organisation sur lesquels s'appuyer lors de la mise en application de RP | <ul style="list-style-type: none"> • Déterminer, au niveau de l'unité de soins, les barrières à la PBRP à implanter • Identifier les facteurs facilitants présents sur l'unité de soins sur lesquels s'appuyer lors de la mise en application de RP |
| 4- Choisir, adapter et mettre en place les interventions | <ul style="list-style-type: none"> • Influencer les infirmières chefs et les infirmières soignantes par une visibilité d'engagement et d'implication face à la mise en pratique et l'intégration d'une PBRP • Intégrer des RP dans la philosophie et les valeurs de l'organisation • Rendre disponible un centre de documentation et des systèmes informatiques de RP • Donner de la formation sur l'application et le suivi des RP aux différents paliers hiérarchiques afin d'améliorer leurs connaissances • Établir des partenariats avec des milieux universitaires pour encourager la poursuite des études de niveaux universitaires chez les infirmières chefs et les infirmières soignantes | <ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la PBRP dans les routines de soins des unités • Impliquer les infirmières soignantes dans des projets basées sur RP avec divers moyens tout au long de la mise en application • Favoriser auprès des infirmières soignantes l'application et le suivi des RP |
| 5- Surveiller l'utilisation des connaissances | <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer de la présence et du soutien d'infirmières chefs « championnes » face à l'application d'une PBRP dans l'organisation | <ul style="list-style-type: none"> • Agir à titre de gestionnaire leader, visible et disponible sur l'unité pour diriger et gérer un projet de PBRP • Soutenir la motivation des infirmières soignantes tout au long d'un projet de PBRP sur l'unité • S'assurer de la présence d'une masse critique sur l'unité d'infirmières soignantes, familières avec une PBRP, pour en favoriser la mise en application quotidienne auprès de leurs pairs |
| 6- Évaluer les résultats | <ul style="list-style-type: none"> • Sélectionner des indicateurs de qualité orientés vers la mise en place de RP et mettre en place un processus de suivi | <ul style="list-style-type: none"> • Procéder au suivi de tout projet favorisant une PBRP • Faire le suivi d'indicateurs de qualité orientés vers la mise en application de RP à l'unité |
| 7- Maintenir l'utilisation des connaissances | <ul style="list-style-type: none"> • Donner des rétroactions régulières aux infirmières chefs et aux infirmières soignantes face aux éléments pouvant être | <ul style="list-style-type: none"> • Donner des rétroactions régulières au personnel infirmier face aux éléments pouvant être améliorés, modifiés, |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>améliorés, modifiés, poursuivis ou consolidés en lien avec des RP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire des rappels fréquents et des mises à jour, au besoin, d'une PBRP • Disséminer à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation les résultats obtenus auprès des patients suite à la mise en application des RP • Reconnaître l'implication des infirmières chefs lors de l'implantation, du suivi, du maintien et de la diffusion d'une PBRP • Célébrer les succès avec les infirmières chefs et le personnel soignant | <p>poursuivis ou consolidés en lien avec des RP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire des rappels fréquents sur la PBRP • Diffuser aux infirmières soignantes les résultats obtenus auprès des patients suite à la mise en application des RP • Reconnaître l'implication du personnel soignant lors de l'implantation, du suivi, du maintien et de la diffusion de la PBRP • Célébrer les succès avec le personnel soignant |
| <p>Les interventions suivantes doivent être appliquées tant par les organisations que par les infirmières chefs, tout au long des sept étapes du Processus des connaissances à la pratique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer • Soutenir • Être un modèle de rôle en lien avec l'utilisation des RP dans la pratique | | |

Appendice E

Critères de rédaction de la revue *Recherche en soins infirmiers*

Recherche en soins infirmiers

Instructions aux auteurs

La ligne éditoriale :

Recherche en soins infirmiers ou RSI est une revue trimestrielle française qui publie depuis 1985 dans l'espace francophone international. Elle se présente comme un lieu de :

- publications de recherches cliniques permettant de mieux connaître la santé de la population et son environnement, la demande de soins, les techniques et pratiques de soins innovants ;
- publications des études et des recherches susceptibles d'engager les soignants dans des pratiques professionnelles basées sur les preuves ;
- publications d'études et d'évaluation de pratiques professionnelles, d'expériences permettant d'améliorer la qualité des soins et susceptibles d'évoluer vers des recherches ;
- publications de revues de littérature ou méta-analyses portant sur les soins ;
- débats épistémologiques de nature à préciser les concepts, modèles, théories et méthodes qui permettent aux soignants de produire des connaissances scientifiques dans une perspective disciplinaire ;
- soutien à la publication de jeunes chercheurs.

Cette revue propose donc des articles, français ou étrangers, dans tous les domaines des soins (clinique, gestion, enseignement) et activités scientifiques sur la santé (recherche).

Soumission d'article

Les tapuscrits d'articles originaux doivent obligatoirement être soumis directement sur le site www.asso-arsi.fr, à la rubrique Publications/Revue RSI/Proposer un article.

Le texte soumis doit être conforme rigoureusement aux instructions aux auteurs.

Tous les tapuscrits sont soumis à deux experts au minimum pour un examen en double aveugle. Les «relecteurs» utilisent une grille d'évaluation.

La rédaction se réserve le droit de refuser un article pour des raisons qui lui sont propres, ou de proposer aux auteurs, le cas échéant, des modifications, tant sur le plan du contenu que sur celui de la forme. Le choix des articles étant déterminé par la politique éditoriale du comité de rédaction, il n'est pas possible de s'engager sur une date de parution.

Avant la dernière mise en page de la revue, il est demandé à l'auteur de relire, pour vérification et validation, le texte en format PDF de son article et de le retourner sous sept jours impérativement. A ce stade, il s'agit d'un ultime contrôle sans rajout possible.

Lors de la parution de l'article il sera adressé à chaque auteur principal un exemplaire papier du numéro de la revue dans lequel est paru son article.

Instructions aux auteurs

Nos instructions sont fondées sur celles de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals que vous pouvez consulter à cette adresse : <http://www.icmje.org/>

Sur ce site est proposée une traduction de la Haute Autorité de Santé en français, datée.

Formatage du texte

Le texte sous format Word doit respecter les points suivants :

- la police Times New Roman, 12 points avec simple interligne, justifié et paginé ;
- toutes les lignes du texte doivent être numérotées (fonction word : mise en page>numéros de lignes>continu)
- la longueur du texte, titres, résumé et annexes compris, ne doit pas excéder 20 à 25 pages ou 100 000 caractères (espaces compris) ;
- les mots en latin ou dans une langue étrangère (autre que le français) et le petit « p » sont toujours en italiques ;
- la bibliographie ne doit pas excéder 50 références sauf dans le cas d'articles portant sur l'analyse de concepts ou une revue de littérature ;
- les numéros de un à dix sont écrits en toutes lettres, sauf s'ils sont utilisés comme une unité de mesure ou dans les figures et tableaux ;
- les unités de mesure : données cliniques et biologiques sont indiquées en unités métriques (cm, g/l, mmHg, mg, kg, kg/ ;
- les abréviations et acronymes : formuler l'intitulé *in extenso* lors de la première apparition dans le texte avec l'abréviation ou l'acronyme entre parenthèses. Par exemple : Risque absolu (RA), Haute autorité de santé (HAS), Association de recherche en soins infirmiers (Arsi). Lorsque les acronymes sont écrits en entier seule la première lettre du premier mot est une majuscule, par exemple : Conseil international des infirmières ;
- ne pas utiliser les caractères gras ou soulignés dans le texte ;
- ne pas utiliser les en-têtes et les pieds de page ;
- les citations sont placées entre guillemets.

Organisation du texte

Le texte est organisé selon l'ordre suivant: page de titre, le(s) auteur(s), résumés et mots-clés, remerciements, corps de texte, financements, déclaration de conflits d'intérêts, notes de l'auteur, références, tableaux et figures, annexes.

Page de titre :

- le titre, éventuellement un sous-titre, sans abréviation ni acronyme, en français et en anglais ;
- le(s) auteur(s) :

Prénom (première lettre en majuscule) NOM (en majuscule)
Métier, grade universitaire (le plus élevé ou en cours), fonction, affiliation(s), ville, pays.

Exemples

Julie DUPONT
Infirmière, Ph.D, Cadre de santé, CHU de Nantes, laboratoire Inserm xxx, France

Pierre MARTIN
Infirmier, M.Sc, Directeur des soins, Centre Hospitalier Dupont, Lille, France

Corinne DURAND
Psychologue, Ph.D, Professeur, Université Lumière Lyon 2, France

Juliette DUBOIS

Infirmière, Ph.Dc, Cadre de santé, Institut de formation en soins infirmiers, Nîmes, France

Liste des abréviations des grades universitaires :
B.Sc => Bachelier en sciences = Licence

M.Sc => Maître en sciences = Master

Ph.D => Docteur en sciences = Doctorat

Ph.Dc=> Doctorant en sciences = Candidat au doctorat

- l'adresse électronique (impératif), adresse postale et numéro de téléphone de l'auteur principal chargé des relations avec la revue. Seule l'adresse courriel figure sur le document publié ;
- le décompte du nombre de signes du corps du texte, y compris les tableaux et les figures.

Résumés en français et en anglais

- Chaque résumé est de 150 à 200 mots, il doit présenter pour les recherches, les rubriques suivantes :
 - introduction ;
 - contexte : résumer la revue de littérature en une seule phrase, ce qui permet de montrer la nécessité de l'étude ;
 - objectifs : énoncer clairement la question principale ou l'hypothèse de l'étude en une seule phrase ;
 - méthode : décrire la conception de l'étude, le public concerné et les outils méthodologiques utilisés en 3-4 phrases ;
 - résultats : décrire les principaux résultats dans un paragraphe concis. Cette section devrait être la plus descriptive ;
 - discussion : base de la discussion uniquement sur les résultats déclarés. Décrire toute étude supplémentaire nécessaire ;
 - conclusion ;
- ne doivent pas contenir de citations, ni de références.

Mots clés

- chaque article doit être accompagné de cinq mots-clés maximum en français et en anglais ;

- les mots-clés doivent provenir en priorité du Medical Subject Heading (MeSH) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> et de leur traduction française réalisée par l’Inserm <http://mesh.inserm.fr/mesh/index.htm>. Le thesaurus de la Banque de données en santé publique (BDSP) peut également être utilisé en deuxième intention <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Thesaurus/>

Corps de texte :

- le texte relatif à des réflexions ou des méthodes et outils :
 - présentation argumentée et documentée d’une réflexion épistémologique, éthique et/ou philosophique ou encore sur un thème d’actualité ;
- le texte relatif à une approche méthodologique :
 - présentation et/ou analyse critique d’une méthodologie, d’un outil, d’un concept, d’une théorie ;
- le texte relatif à une recherche :
 - introduction (contexte, objectifs, cadre de référence)
 - matériel et méthodes
 - résultats
 - discussion
 - conclusion
- le texte relatif à une biographie :
 - présentation de l’auteur et de son œuvre ;
 - fiche signalétique des dates clés de sa vie.

Déclaration de conflits d’intérêts

Il convient de mentionner pour chaque auteur selon les cas qu’il existe ou non des conflits d’intérêts. Exemple : « les auteurs déclarent n’avoir aucun lien d’intérêt ».

Remerciements pour les soutiens académiques et/ou professionnels, les financements de la recherche limités aux principaux contributeurs (le cas échéant).

Notes de l’auteur (facultatif)

Il est possible d’insérer des notes explicatives ou des commentaires pour préciser une information ou une situation ou un événement. Dans ce cas, les insérer avec un exposant en utilisant la fonction « insérer une note de bas de page » comme suit : dans le texte : « ...depuis les « trente glorieuses^[1] ... ».

Références

Les références doivent être présentées selon les normes conseillées par l'International Committee of Medical Journal Editors (ou groupe de Vancouver) se référer à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>

Les appels de références sont numérotés en chiffre arabe, par ordre d'apparition dans le texte, et placés entre parenthèses directement à la suite de l'élément de texte à référencer.

Si la référence est citée plusieurs fois dans un document, noter le numéro déjà utilisé.

Si plusieurs appels de référence sont cités en même temps, disposer les deux séparés par une virgule entre les mêmes parenthèses.

Exemple : En ce sens, les effets ressentis de la violence, tels que l'anxiété, les troubles du sommeil et l'absentéisme, sont conformes à ceux décrits dans les écrits scientifiques (20, 26, 27).

A la fin de l'article, les références seront classées par numéro et ne respecteront pas l'ordre alphabétique.

S'il y a plus de six auteurs, noter nom et initiale du prénom des six premiers auteurs séparés par une virgule puis « et al. ».

Quelques exemples :

Livre

Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. Montréal: Chenelière éducation; 2010. 205p.

Chapitre de livre

Hamonet C. Du mot au concept : cinquante ans de construction d'idées neuves. Les personnes en situation de handicap. 7ème éd. Paris: Presses Universitaires de France; 2012. p. 46-55 (Que sais-je ?)

Article de revue

Pour trouver l'abréviation du titre d'une revue, utiliser <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Lefebvre H, Le Dorze G, Croteau C, Gélinas I, Therriault PY, Michallet B, et al. Un accompagnement citoyen personnalisé en soutien à l'intégration communautaire des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral: vers la résilience ? Rech Soins Infirm. 2013 Dec; (115): 107-23.

L'abréviation du mois est en anglais (Dec pour December). Pour la numérotation de la page de fin, ne pas noter le chiffre des dizaines ou des centaines si identique à la page de début.

Thèse, mémoire

Jovic L. La clinique dans les soins infirmiers : naissance d'une discipline, [Thèse de sociologie et sciences sociales] Lyon : université Lumière Lyon 2, 1998.

Document en ligne

Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 8 janvier 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/distances-et-temps-d-acces-aux-soins-en-france-metropolitaine,8920.html>

Préparation des figures (schémas, illustrations et photographies) et tableaux.

Ils sont insérés dans le corps du texte s'ils y sont commentés ou bien sont présentés en annexe par ordre d'apparition dans le texte. Les figures doivent être fournies au format Word. Les images numérisées devraient être de 300 dpi au moins sauf si la résolution est intentionnellement à un niveau inférieur pour des raisons scientifiques.

Si les schémas, figures et illustrations sont empruntés à d'autres auteurs la source doit être indiquée.

Préparation et édition

Les textes soumis sont préparés spécifiquement et uniquement pour la revue Recherche en Soins Infirmiers. Les textes acceptés deviennent la propriété de l'éditeur et ne peuvent être reproduits dans d'autres publications en tout ou en partie seulement avec l'autorisation de l'éditeur. L'éditeur a les droits exclusifs de l'article, de sa reproduction et de sa vente dans tous les pays. La revue Recherche en Soins Infirmiers se réserve le droit de modifier la disposition et les exigences de style, et de clarifier la présentation.

Préparation des annexes

Les annexes doivent être sélectionnées et limitées à la compréhension du texte (exemple : grilles de recueil de données, échelles validées).