

LA PRATIQUE FONDÉE SUR DES PREUVES CHEZ LES INFIRMIÈRES DE CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES EN SUISSE ROMANDE : ÉTUDE DESCRIPTIVE ET CORRÉLATIONNELLE

[Jenny Gentizon](#), [Patricia Borrero](#), [Sonja Vincent-Suter](#), [Pierluigi Ballabeni](#), [Diane Morin](#), [Manuela Eicher](#)

Association de Recherche en Soins Infirmiers | « [Recherche en soins infirmiers](#) »

2016/4 N° 127 | pages 28 à 42

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-4-page-28.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.

© Association de Recherche en Soins Infirmiers. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

RECHERCHE

La pratique fondée sur des preuves chez les infirmières de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande : étude descriptive et corrélationnelle

Evidence based practice of nurses working in university hospitals in the French speaking part of Switzerland: a descriptive and correlational study

Jenny GENTIZON

Infirmière spécialiste clinique, M.ScSI, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Suisse

Patricia BORRERO

Infirmière spécialiste clinique, M.ScSI, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

Sonja VINCENT-SUTER

Infirmière spécialiste clinique, M.ScSI, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse

Pierluigi BALLABENI

Responsable de recherche en statistique, Ph.D, Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins et Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Université de Lausanne et Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Suisse

Diane MORIN

Infirmière, Ph.D, Professeure invitée, Professeure émérite, Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne et Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec

Manuela EICHER

Professeure associée, Ph.D, Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne, Suisse

Pour citer l'article :

Gentizon J, Borrero P, Vincent-Suter S, Morin D, Ballabeni P, Eicher M, et al. La pratique fondée sur des preuves chez les infirmières de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande : étude descriptive et corrélationnelle. Rech Soins Infirm. 2016 Dec;(127):28-42.

Adresse de correspondance :

Jenny Gentizon : jenny.gentizon@chuv.ch

RÉSUMÉ

Introduction : la pratique basée sur les preuves (EBP) est peu appliquée en soins infirmiers et s'inscrit comme défi contemporain incontournable pour la discipline. Méthode et objectif : cette étude descriptive et corrélationnelle a été effectuée auprès de 221 infirmières issues de trois unités de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande. L'étude visait à décrire leur niveau de connaissances et d'implémentation de l'EBP. Résultats : sur les 221 infirmières interrogées, 67 connaissaient l'EBP (30 %). Celles-ci ont des croyances et attitudes favorables envers l'EBP, mais indiquent manquer de compétences pour pouvoir l'implémenter. Comparées aux infirmières de médecine et gériatrie, les ISC ont une connaissance significativement plus élevée à l'égard de l'EBP et son implémentation. Les résultats indiquent d'ailleurs que des croyances favorables sont prédictives d'une meilleure implémentation de l'EBP dans la pratique. Discussion et conclusion : tel que l'ont démontré d'autres recherches, les résultats de la présente étude montrent que les connaissances de l'EBP sont peu répandues et que l'implémentation de l'EBP reste un défi même en milieu hospitalier universitaire. De futures recherches pourraient inclure des stratégies d'implémentation de l'EBP qui visent à surmonter les obstacles identifiés.

Mots clés : pratique fondée sur des preuves, utilisation de la recherche, barrières, facteurs facilitant.

ABSTRACT

Introduction : evidence-based practice (EBP) is too scarcely applied in nursing and is a key contemporary challenge for the discipline. Method and objective : This descriptive and correlational study invited 221 nurses working in three different clinical settings of university hospitals in Switzerland. The objective of this study was to describe their level of knowledge, beliefs and implementation of EBP. Results : of the 221 nurses in this study, only 67 were familiar EBP (30%). These demonstrate favorable beliefs and attitudes towards EBP, but indicate a lack of skills and knowledge to implement it. Compared to both internal medicine and geriatric nurses clinical nurse specialists (ISC) were significantly more familiar with EBP and its implementation. Results also indicate that positive nurses' beliefs and attitudes toward EBP are predictive of better implementation in clinical practice. Discussion and Conclusion : as demonstrated in other studies, our results show that knowledge about EBP is not that widespread and its implementation remains a challenge even in university hospitals. Future work could include testing EBP implementation strategies to overcome the barriers identified.

Key words : evidence-based practice, research utilization, barriers, facilitators.

Remerciements

Les auteurs remercient les CHU pour leur soutien au bon déroulement de cette étude et les infirmières pour leur implication et le temps consacré aux questionnaires.

INTRODUCTION

Il existe un écart important entre la publication des résultats de recherche et le moment de leur application dans le secteur de la santé incluant la pratique infirmière¹ (1). Certains auteurs indiquent même que 30 à 40 % des patients ne recevraient pas les soins conformes aux preuves scientifiques existantes et que 20 à 30 % des soins prodigués ne seraient pas nécessaires, voire nuisibles (2). Le rapport de l'*Institute of Medicine* des États-Unis a sonné l'alarme en 1999 et des auteurs avancent que le redressement des pratiques dans le secteur de la santé en faveur de l'EBP n'est pas encore

optimal (3). En Suisse, l'article 32 de la Loi fédérale de l'assurance maladie stipule que : « Les prestations (...) doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques » (4).

LA PRATIQUE INFIRMIÈRE BASÉE SUR DES PREUVES

La démarche de la pratique basée sur les preuves (appelée Evidence Based Practice dans la littérature anglo-saxonne et que nous appellerons EBP dans cet article) est donc jugée comme une priorité contemporaine incontournable. Pour Ingersoll (5), l'EBP est l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque

¹ Le féminin est utilisé à titre épiciène afin d'alléger la lecture.

patient. De plus, le Centre de collaboration Cochrane indique que chaque terme de cette définition a son importance dans le sens où « Consciente signifie une connaissance des sources d'information disponibles, Explicite sous-entend la traçabilité du processus de recherche de l'information, Judicieuse signifie l'évaluation de l'utilité de cette information, Meilleures données actuelles implique une sélection des études ayant le meilleur niveau de preuve, Prise en charge personnalisée définit le niveau d'utilisation final : la pratique de soins autour d'un patient donné » (6).

DiCenso et al. (7) placent l'expertise clinique au cœur du processus de l'EBP, puisqu'elle intègre toutes les composantes qui forment la base de sa définition. Melnyk et Fineout-Overholt (8) proposent que pour implémenter l'EBP, il faut cultiver un esprit de recherche, poser la question d'intérêt de façon complète à l'aide d'une démarche systématique (format PICO²), chercher et critiquer les données probantes les plus pertinentes, appliquer un changement dans la pratique clinique en tenant compte de toutes les dimensions, évaluer les résultats du changement et diffuser ces résultats.

Le processus de pratique fondée sur des preuves peut s'avérer particulièrement complexe dans certaines situations. La gestion de plusieurs comorbidités chez la personne âgée met en évidence que les recommandations issues de la recherche sont parfois contradictoires entre elles ou inapplicables, pouvant conduire à des stratégies de prise en soins inappropriées, voire associées à des effets néfastes (9).

BARRIÈRES ET FACTEURS FACILITANT L'IMPLEMENTATION DE L'EBP

Malgré des impératifs scientifiques, légaux ou professionnels, l'EBP reste peu appliquée dans la pratique infirmière et cela, pour des raisons organisationnelles, individuelles ou liées au choix de la stratégie d'implémentation du changement (10-12).

Parmi les raisons organisationnelles, le manque de temps est le plus fréquemment cité. Cela inclut le temps pour lire des résultats de recherche (1, 13, 14), mener de la recherche (1, 13, 14) ou implémenter des changements dans la pratique (13-15). Les autres raisons invoquées par les infirmières sont en lien avec une pénurie de personnel, l'absence de volonté de libérer du temps (16) et une surcharge de travail importante (14, 16). Une revue systématique cite aussi le manque d'autonomie des infirmières pour changer les procédures de soins (17). Le manque de soutien de la part des collaborateurs (13) et l'obligation de passer par la hiérarchie médicale et institutionnelle de l'hôpital limiteraient l'utilisation de l'EBP (16). Il a aussi été observé que plus l'organisation est perçue comme un obstacle, plus les infirmières perçoivent négativement leurs propres compétences à implémenter l'EBP (13). Dans le cas

contraire, lorsque la hiérarchie est perçue comme donnant de l'importance à l'EBP, les infirmières ont des croyances et des attitudes plus favorables et montrent de meilleures capacités à utiliser les résultats de la recherche (1). Le manque d'accessibilité à l'information et aux outils informatiques constitue un obstacle qui favorise un recours aux savoirs informels comme, par exemple, les collègues plus expérimentés ou les moteurs de recherche (16, 18-23). L'existence d'infirmières de pratique avancée, de leaders ou de mentors sont souvent mentionnés comme un facteur facilitant (16, 24-31).

Parmi les raisons individuelles, le manque de connaissances et de compétences des infirmières représente une barrière majeure à l'implémentation de l'EBP (13, 15, 32). Les infirmières déclarent utiliser rarement les résultats de recherche (33). Elles indiquent ne pas connaître ou jugent difficile l'utilisation des bases de données comme PUBMED et CINAHL (16, 31, 34), elles affirment manquer de compétences en informatique (35), en langue anglaise (33) ou pour la lecture critique d'articles scientifiques (16, 33). Certaines études ont également relevé que les infirmières confondent « faire de la recherche » et « utiliser des résultats de recherche » (16, 30, 32, 36, 37). Si certaines études mettent en évidence que les infirmières peuvent aussi manquer d'intérêt envers l'EBP (33, 35) et même qu'elles ne sont pas d'accord que la profession infirmière devienne une profession de recherche (33), la littérature internationale indique que les infirmières ont globalement des attitudes favorables envers l'EBP. Elles pensent que l'utilisation de résultats de recherche améliore la pratique infirmière (16), que la recherche infirmière et l'utilisation de la recherche sont un avantage pour les soins infirmiers (33) et que les résultats probants donnent de meilleurs soins pour les patients (38). L'académisation des soins infirmiers et une formation de degré supérieur influencent positivement l'EBP auprès des infirmières (32, 33). En effet, les études montrent que plus le niveau d'études est élevé, plus elles affirment connaître les étapes de l'EBP et se sentent capables de l'implémenter (32, 34, 38, 39). Finalement, les infirmières occupant un poste de niveau hiérarchique avancé décrivent de meilleures attitudes et de meilleures compétences à implémenter l'EBP (1, 25, 40). Il faut noter que les conclusions des études internationales indiquent que les barrières à l'EBP restent les mêmes depuis plus d'une décennie (17).

Une mauvaise stratégie pour mettre en place l'EBP peut aussi être un obstacle : les meilleures stratégies d'implémentation seraient celles qui agissent sur un ensemble de facteurs de façon combinée (41). Plusieurs auteurs recommandent d'appliquer ce genre de stratégie (42) et d'en tester l'efficacité afin que l'implémentation d'EBP soit elle-même basée sur des preuves (1, 40, 43, 44). Les éléments clés d'une stratégie efficace seraient : une gestion et du *leadership* participatif, une accessibilité aux résultats de la recherche et aux ressources (33), un langage simple, des opportunités pour apprendre (13), l'utilisation d'un modèle opérationnel éprouvé qui guide le changement des pratiques (17, 26, 43, 45) le fait de

² PICO pour Patient Intervention Compare to Outcomes.

La pratique fondée sur des preuves chez les infirmières de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande : étude descriptive et corrélacionnelle

travailler dans un centre hospitalier universitaire et de pouvoir avoir recours à des personnes ressources, y compris aux documentalistes (16).

En Suisse, des travaux académiques sur les attitudes, les croyances ou les compétences infirmières nécessaires pour implémenter l'EBP sont disponibles (46-48), mais aucune étude sur ce sujet n'a été publiée à ce jour. Dans le but de développer une nouvelle culture de soins infirmiers, un état des lieux est recommandé (49).

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

L'objectif de cette étude est de décrire les connaissances, les croyances et le niveau d'implémentation de l'EBP auprès d'infirmières travaillant en centre hospitalier universitaire en Suisse francophone.

CADRE DE RÉFÉRENCE

Le Modèle *Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration* (ARCC) ; (Figure 1) de Melnyk et Fineout (8) est conçu pour appuyer l'implémentation de l'EBP de façon durable. Ce modèle propose d'abord d'explorer la culture et l'importance accordée à l'EBP dans l'institution. En fonction des forces et des faiblesses identifiées, le modèle promeut

l'EBP grâce à du mentorat qui doit se pratiquer sur le terrain avec des infirmières travaillant directement dans les soins dans le but de renforcer l'adhésion et la pratique de l'EBP. La dernière étape du modèle est l'évaluation de la plus-value de l'EBP, pour les résultats-patients, pour les soignants et pour le système de santé. Intégré au modèle ARCC, Melnyk et al. (34) proposent deux échelles sur les facteurs facilitant ou les freins à l'EBP. Il s'agit de l'instrument *EBP-Beliefs* (EBP-B) mesurant les croyances et l'instrument *EBP-Implementation* (EBP-I) mesurant l'utilisation de l'EBP.

MÉTHODE

■ Devis, population et échantillons

Il s'agit d'une étude descriptive et corrélacionnelle, s'appuyant sur une méthode d'analyse par régression et linéaire. Cette étude a intégré des infirmières exerçant leur activité dans trois secteurs différents de centres hospitaliers universitaires (CHU) en Suisse francophone : des infirmières de médecine, de gériatrie et exerçant un rôle conseil transversal en tant qu'infirmières spécialistes cliniques (ISC). La population éligible a été évaluée à 383 infirmières. La sélection de ces trois échantillons s'est faite selon un choix arbitraire et une méthode d'échantillonnage de commodité, en fonction de la disponibilité de ces secteurs cliniques à participer à l'étude. Les données étaient recueillies par questionnaire

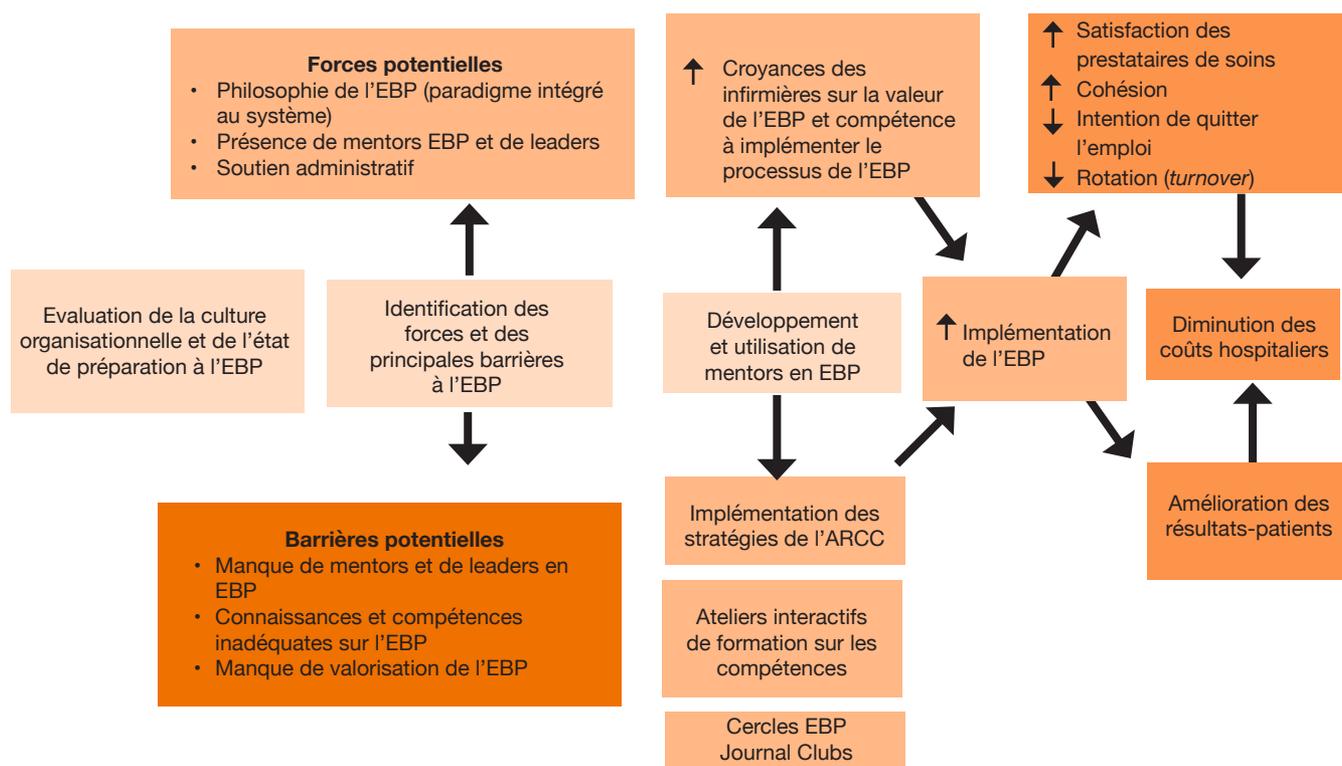


Figure 1 : Traduction libre du modèle ARCC de Melnyk and Fineout-Overholt (2011)

auto-administré, la participation était volontaire. Les critères d'inclusion étaient simplement d'exercer comme infirmière dans une des trois unités visées. Les critères de non inclusion étaient : d'avoir un statut d'intérimaire ou de suppléance, d'être chef de service ou de travailler depuis moins de trois mois dans le service.

■ Déroulement

La collecte des données a été effectuée entre septembre et novembre 2012. Les questionnaires sous forme papier ont été distribués individuellement et retournés sous enveloppe scellée pré-adressée.

■ Instruments de mesure

Le questionnaire comportait deux parties : la première contenait des variables sociodémographiques et professionnelles dont le genre, l'âge, le taux d'activité, le nombre d'années d'expérience professionnelle, le nombre d'années d'ancienneté dans l'unité de soins, le plus haut niveau de formation obtenu et le poste occupé. La deuxième partie comprenait les échelles EBP-B et EBP-I. Celles-ci ont montré de bonnes propriétés psychométriques tant au niveau de la fiabilité (coefficients alpha de Cronbach et Spearman-Brown > 0.85) que de la validité (validité de construit et liée aux critères) (34). La traduction en français des instruments EBI-B et EBP-I a été réalisée avec l'autorisation des auteurs, selon les recommandations de Wild et al. (50) et Le May et al. (51). La traduction a été effectuée de l'anglais au français puis inversée du français à l'anglais, afin d'identifier le niveau de concordance. Toutefois, la phase d'adaptation culturelle réalisée par un comité de pairs a engendré la suppression de l'énoncé « J'ai accédé aux directives internationales du Clearinghouse » dans l'instrument EBP-I, jugé non pertinent pour le contexte local. La suppression de cet énoncé implique que le total de points de cet instrument est de 68 points et non 72. Le pré-test auprès de dix infirmières provenant de services apparentés a ensuite cherché à vérifier la clarté des énoncés. Cette étape a engendré plusieurs modifications dues à des difficultés de compréhension. De ce fait le terme de pratique basée sur des résultats scientifiques a remplacé celui de pratique fondée sur des données probantes et une introduction a été ajoutée afin de donner une définition du concept EBP. Les modifications effectuées ont été validées par les infirmières du pré-test. La cohérence interne des échelles traduites en français a été mesurée par l'alpha de Cronbach : $\alpha = 0,80$ pour l'échelle EBP-B et $\alpha = 0,93$ pour l'échelle EBP-I. Ces résultats indiquent une bonne consistance interne.

La deuxième section du questionnaire comportait une brève définition d'EBP, indiquant la traduction d'*evidence based practice* en français. La première partie du questionnaire intégrait une question discriminante : « Avez-vous déjà entendu parler de la pratique fondée

sur des preuves ? » avec les possibilités de réponses Oui ou Non. Pour les personnes répondant Non, un énoncé les remerciait. Pour celles répondant Oui, un énoncé les invitait à poursuivre.

La EBP-B (34) comprend 16 énoncés avec des réponses sur une échelle de type Likert en cinq points (1 = « pas du tout d'accord » à 5 = « tout à fait d'accord »). Elle permet de générer un score total qui va de 0 à 80 points. La EBP-I (34) adaptée en contexte suisse comprend 17 énoncés et permet de mesurer la fréquence des actions effectuées durant les huit dernières semaines en faveur de l'EBP (0 = « aucune action effectuée au cours des huit dernières semaines » à 4 = « action effectuée 8 fois ou plus au cours des huit dernières semaines »). Elle génère un score total allant de 0 à 68 points.

■ Plan d'analyse

Le plan d'analyse statistique comportait une partie descriptive qui intégrait la description de l'échantillon, puis la description des résultats obtenus aux échelles. Le seuil de significativité des tests a été fixé à $p = 0,05$. Les données manquantes des échelles représentaient moins de 1 % des réponses totales, de ce fait les données manquantes n'ont pas été remplacées. Comme indiqué dans le diagramme de recrutement des participants à l'étude (Figure 2), seuls deux participants ont été exclus de l'analyse parce que l'un n'avait rempli que deux énoncés de l'échelle des croyances EBP-B et l'autre n'avait pas répondu à l'échelle de l'implémentation EBP-I. Toutes les analyses ont été faites avec le logiciel STATA_V13.0® (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

Pour les variables continues (taux d'activité, années d'expérience professionnelle, années de pratique dans le service, scores des énoncés et des échelles), les distributions ne suivant pas une loi normale, la médiane, l'intervalle interquartile, le minimum et le maximum ont été calculés. Pour les variables discrètes et catégorielles (lieu de pratique professionnelle, âge, genre, poste occupé, niveau de formation et exposition préalable à l'EBP), les résultats étaient exprimés en fréquence et pourcentage.

Pour tester les variables associées à la connaissance préalable de l'EBP (oui, non), les tests du Chi2 et exact de Fisher ont d'abord été utilisés, puis les rapports de chance ont été calculés. Les variables explicatives ont d'abord été testées une à une (analyse univariée). Ensuite, les variables qui avaient montré un rapport de chance différent de 1 ont été testées ensemble, dans un modèle multivarié. Les niveaux de formation ont été regroupés en deux catégories : formation de base et formation supérieure (regroupant les catégories : formations post-diplôme, post-grade universitaire et cadre gestion). Le poste occupé a également été regroupé en poste de base et poste avancé (regroupant les catégories : infirmière spécialisée, cadre

La pratique fondée sur des preuves chez les infirmières de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande : étude descriptive et corrélationnelle

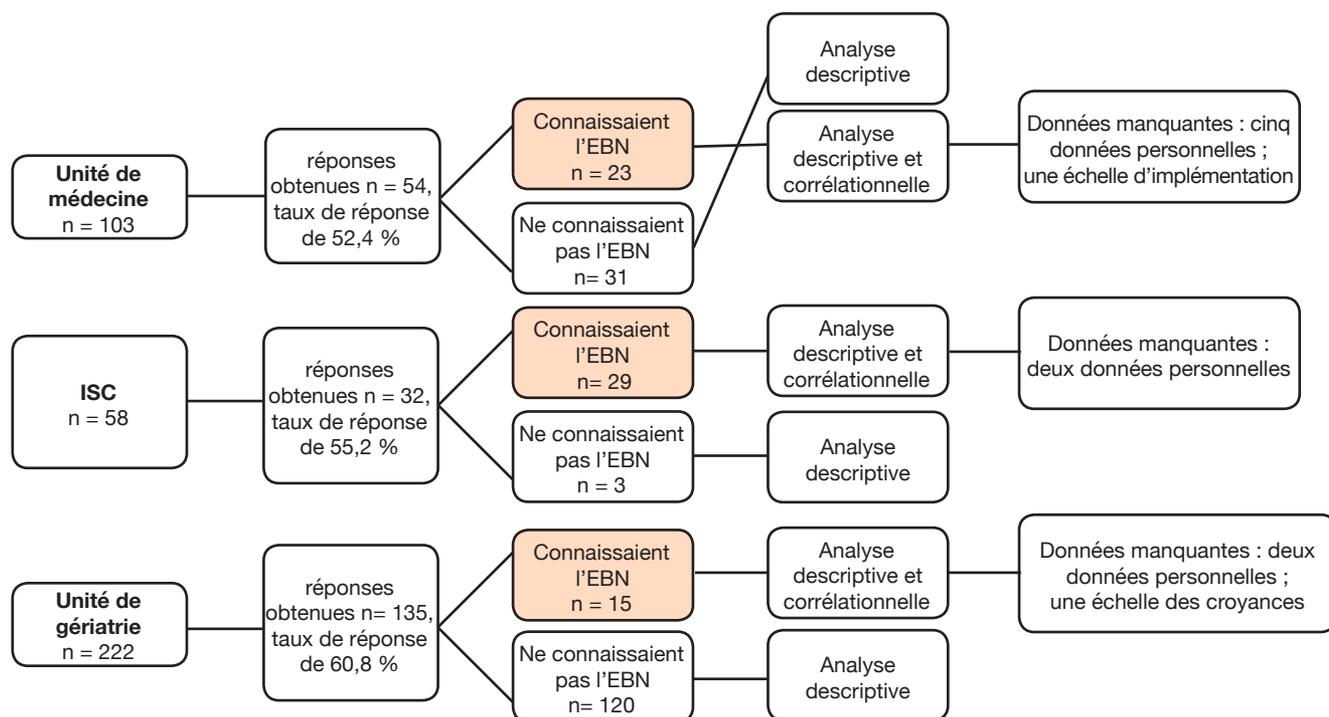


Figure 2 :
Diagramme de recrutement des participants à l'étude

gestion et cadre clinique). Le résultat est présenté sous forme de rapport de cote (RC) avec un intervalle de confiance (IC) à 95%.

Pour les associations entre les caractéristiques des infirmières et leurs croyances et attitudes envers l'EBP, ainsi que pour les associations entre les caractéristiques des infirmières et l'implémentation de l'EBP dans la pratique clinique, des régressions linéaires avec et sans ajustement pour le lieu de pratique, ont été effectuées pour chaque variable explicative. Seuls les résultats avec ajustement sont présentés.

Pour tester l'association entre les croyances et attitudes des infirmières envers l'EBP et l'implémentation du concept dans la pratique clinique, l'analyse par régression linéaire a été effectuée entre la moyenne globale de l'échelle EBP-B et celle obtenue à l'échelle EBP-I.

■ Considérations éthiques

Le protocole de recherche a été approuvé par les Commissions d'éthiques des Centres hospitaliers universitaires (CHU) participant à l'étude. Le questionnaire comprenait une feuille d'informations. Par leur participation à l'enquête, les infirmières attestaient avoir été informées concernant le traitement et l'analyse des données et consentaient à faire partie de l'étude. Les données ont été traitées de façon anonyme.

RÉSULTATS

■ Description de l'échantillon global

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles de l'ensemble des participants (n = 221, taux de réponse 57,7 %). Il permet de comparer le profil des infirmières qui connaissent l'EBP (n = 67), à celui des infirmières qui ne connaissent pas l'EBP (n = 154). On y voit que l'échantillon global de 221 participants comporte une majorité de femmes (83,11 %) dont la moitié a 41 ans et plus (52,51 %). L'expérience professionnelle médiane des participants est de 17 ans, avec une pratique médiane dans le service de 6 ans. Le taux d'activité moyen est de 90 %. Les participants à cette étude occupent majoritairement un poste d'infirmière (73,18 %) et possèdent la formation infirmière de base comme plus haut niveau de formation (69,09 %). L'échantillon global est majoritairement composé d'infirmières en pratique gériatrique (61,09 %). Le tableau 1 met en évidence que les ISC ont toutes suivi une formation post-diplôme, post-grade universitaire ou autres, ce qui concorde avec les fonctions de rôle conseil transversal qu'elles occupent. En comparant les classes d'âge, les résultats indiquent que les ISC sont aussi plus âgées que leurs collègues de médecine et gériatrie.

Dans cette étude, 30,3 % des infirmières (n = 67) ont affirmé avoir

	Ensemble de l'échantillon n = 221			Unité de médecine n = 54		Unité de gériatrie n = 135		ISC n = 32	
Variables	Ensemble n = 221	Ne connais- sant pas l'EBP n = 154	Connais- sant l'EBP n = 67	Ne connais- sant pas l'EBP n = 31	Connais- sant l'EBP n = 23	Ne connais- sant pas l'EBP n = 120	Connais- sant l'EBP n = 15	Ne connais- sant pas l'EBP n = 3	Connais- sant l'EBP n = 29
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Lieu de pratique professionnelle									
Médecine	54 (24,43)	31 (14,02)	23 (10,4)	31 (57,41)	23 (42,59)				
Gériatrie	135(61,09)	120 (54,3)	15 (6,79)			120 (88,89)	15 (11,11)		
Recherche - ISC	32 (14,48)	3 (1,36)	29 (13,12)					3 (9,37)	29 (90,63)
Genre *									
Femmes	182 (83,1)	131 (59,82)	51 (23,29)	27 (50,94)	15 (28,3)	102 (76,12)	12 (8,96)	2 (6,25)	24 (75)
Hommes	37 (16,89)	23 (10,5)	14 (6,39)	4 (7,55)	7 (13,2)	18 (13,43)	2 (1,49)	1 (3,13)	5 (15,63)
Classe d'âge (en années) *									
20-30 ans	38 (17,35)	26 (11,87)	12 (5,48)	16 (30,19)	10 (18,87)	10 (7,46)	2 (1,49)	0	0
31-40 ans	66 (30,14)	46 (21)	20 (9,13)	8 (15,09)	12 (22,64)	38 (28,36)	5 (3,73)	0	3 (9,38)
41-50 ans	64 (29,22)	45 (20,64)	19 (8,68)	5 (9,43)	0	39 (29,1)	5 (3,73)	1 (3,125)	14 (43,75)
Plus de 50 ans	51 (23,29)	37 (16,9)	14 (6,39)	2 (3,77)	0	33 (24,62)	2 (1,49)	2 (6,25)	12 (37,5)
Niveau de formation **									
Formation de base	152 (69,09)	130 (59,1)	22 (10)	28 (51,85)	16 (29,63)	102 (75,56)	6 (4,44)	0	0
Formation post- diplôme	44 (20,0)	16 (7,27)	28 (12,72)	1 (1,85)	3 (5,55)	13 (9,63)	3 (2,22)	2 (6,45)	22 (70,97)
Formation post-grade universi- taire	7 (3,18)	1 (0,45)	6 (2,73)	0	2 (3,7)	0	1 (0,74)	1 (3,23)	3 (9,68)
Formation cadre gestion	10 (4,55)	5 (2,27)	5 (2,27)	2 (3,7)	1 (1,85)	3 (2,22)	4 (2,96)	0	0
Autres	7 (3,18)	2 (0,9)	5 (2,27)	0	1(1,85)	2 (1,48)	1 (0,74)	0	3 (9,68)

**Tableau 1 : (première partie)
Caractéristiques générales de l'échantillon**

déjà entendu parler de l'EBP, avec une grande disparité selon le type d'exercice : 90,6 % pour les ISC, 42,6 % pour les infirmières de médecine et 11,1 % pour les infirmières de gériatrie. Les ISC connaissant l'EBP ont suivi une formation post-diplôme (70,97 %) ou post-grade universitaire (9,68 %) et occupent pour la plupart un poste de cadre clinique (74,19 %). Concernant les circonstances étant à l'origine de la connaissance du concept EBP, les infirmières ont évoqué plusieurs origines : l'intérêt personnel (56,7 %, n = 38)

prime sur la formation continue (43,3 %, n = 29), de même que sur la formation de base (34,3 %, n = 23), ou même sur la formation de spécialisation (32,8 %, n = 22).

Les réponses aux énoncés de l'échelle EBP-B (Figure 3) indiquent que 60,61 % des infirmières estiment que leurs soins sont basés sur l'EBP. Par contre, l'EBP est jugé difficile par plus de la moitié des infirmières (51,52 %). On observe également

La pratique fondée sur des preuves chez les infirmières de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande : étude descriptive et corrélative

Variables	Ensemble de l'échantillon n = 221			Unité de médecine n = 54		Unité de gériatrie n = 135		ISC n = 32	
	Ensemble n = 221	Ne connais- sant pas l'EBP n = 154	Connais- sant l'EBP n = 67	Ne connais- sant pas l'EBP n = 31	Connais- sant l'EBP n = 23	Ne connais- sant pas l'EBP n = 120	Connais- sant l'EBP n = 15	Ne connais- sant pas l'EBP n = 3	Connais- sant l'EBP n = 29
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Poste occupé **									
Infirmière	161 (73,18)	134 (60,9)	27 (12,27)	28 (51,85)	19 (35,19)	106 (75,56)	8 (5,92)	0	0
ISC	16 (7,27)	8 (3,64)	8 (3,64)	0	2 (3,7)	7 (9,63)	2 (1,48)	2 (6,45)	4 (12,9)
Cadre gestion	14 (6,36)	8 (3,64)	6 (2,73)	2 (3,7)	1 (1,85)	6	5 (3,7)	1 (3,22)	0
Cadre clinique	26 (11,82)	2 (0,91)	24 (10,9)	0	1 (1,85)	0 (2,22)	0	0	23 (74,19)
Autres	3 (1,36)	2 (0,91)	1 (0,45)	1 (1,85)	0	1 (1,48)	0	0	1 (3,22)
Taux d'activité (%) ***	médiane (EI) min-max 90 (25) 50 - 100	médiane (EI) min-max 90 (25) 50 - 100	médiane (EI) min-max 100 (20) 50 - 100	médiane (EI) min-max 100 (100) 60 - 100	médiane (EI) min-max 100 (30) 50 - 100	médiane (EI) min-max 80 (25) 50 - 100	médiane (EI) min-max 100 (20) 75 - 100	médiane (EI) min-max 80 (20) 80 - 100	médiane (EI) min-max 90 (20) 60 - 100
Expérience professionnelle (ans) ***	17 (17) 0 - 40	16,5 (16) 0,5 - 40	17,5 (20) 0 - 40	8 (10) 0,5 - 34	3,25 (6) 0 - 18	19 (16) 0,66 - 40	17 (14) 0,66 - 32	27 (14) 16 - 30	26 (8) 9 - 40
Pratique dans le service (ans) ***	6 (9) 0 - 30	6,5 (9) 0,5 - 30	5,5 (10) 0 - 30	3 (3,5) 0,5 - 30	2,5 (6) 0 - 12	8 (8,5) 0,66 - 30	3 (5,34) 0,25 - 23	10 (17) 3 - 20	11 (9) 0,25 - 30

* n = 219, deux données manquantes ; ** n = 220, une donnée manquante ; *** n = 220, une donnée manquante

**Tableau 1 : (deuxième partie)
Caractéristiques générales de l'échantillon**

Échelles	Médiane	EI	Min-Max
EBP-B score global sur 80	56,5	9	30-73
Score Médecine (n = 23)	54	11	30-66
Score Gériatrie (n = 14)	55,5	11	41-63
Score ISC (n = 29)	58	7	41-73
EBP-I score global sur 68	15,38	12	0-59
Score Médecine (n = 22)	8	10	0-22
Score Gériatrie (n = 15)	12,5	11	0-26
Score ISC (n = 29)	17	14	5-59

**Tableau 2 :
Scores aux échelles EBP-B et EBP-I**

que 46,97 % jugent connaître les étapes d'EBP, que 42,43 % s'estiment compétentes à trouver efficacement et rapidement les meilleurs résultats scientifiques et que 68,18 % ont la certitude de pouvoir appliquer l'EBP de manière efficace et rapide. Le taux de réponses « sans opinion » relevé par l'instrument EBP-B est plutôt élevé (M = 20,02 %). Le score global montre une médiane de 56,5 points sur 80 points (EI = 9, min-max = 30 - 73), ce qui indique des attitudes plutôt favorables (Tableau 2).

Les résultats à l'échelle EBP-I (Figure 4) montrent que, selon une fréquence d'une à trois fois au moins au cours des huit dernières semaines, 40 infirmières (60,61 %) avaient lu et évalué une recherche clinique, 34 (51,52 %) avaient utilisé une recommandation ou une revue systématique pour changer leur pratique clinique, 31 (46,97 %) avaient partagé une étude sous forme d'un rapport ou d'une présentation et 22 (33,33 %) avaient formulé une question PICO sur la pratique clinique. La médiane obtenue est de 15,38 points sur 68 points (EI = 12, min-max = 0 - 59), indiquant une faible implémentation de l'EBP (Tableau 2).

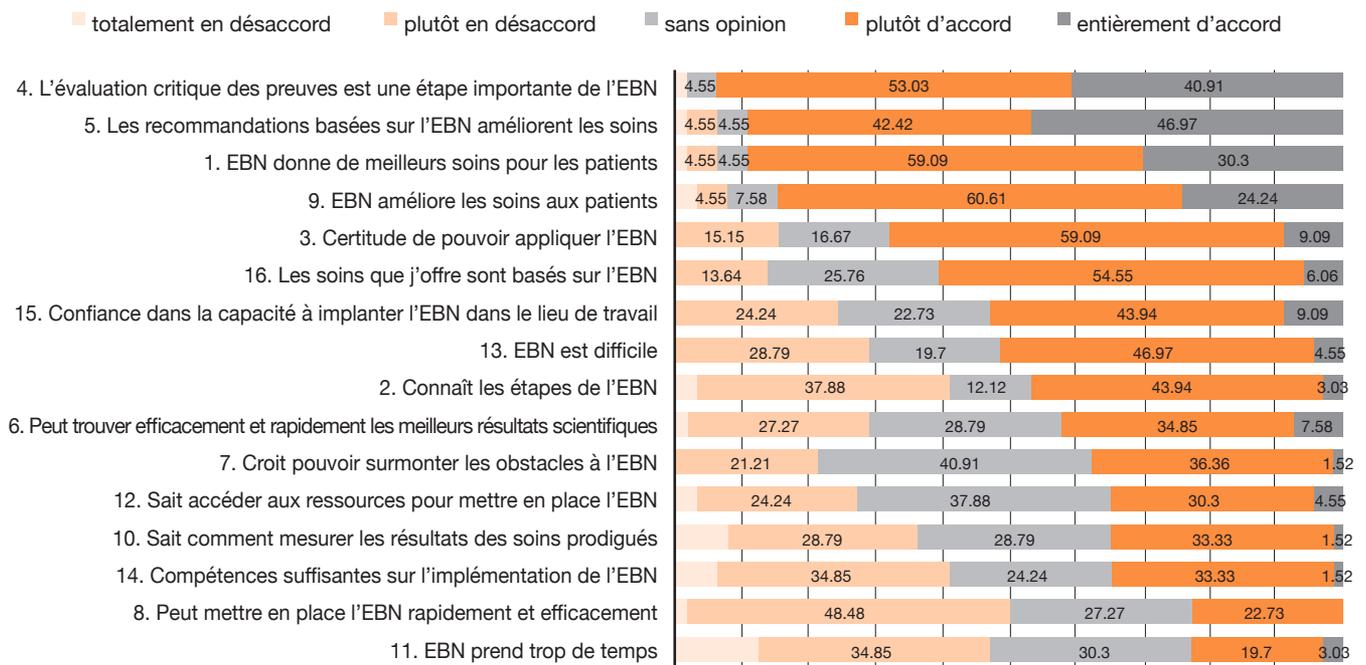


Figure 3 :
Croyances et attitudes auprès des infirmières connaissant l'EBP,
(n = 66)

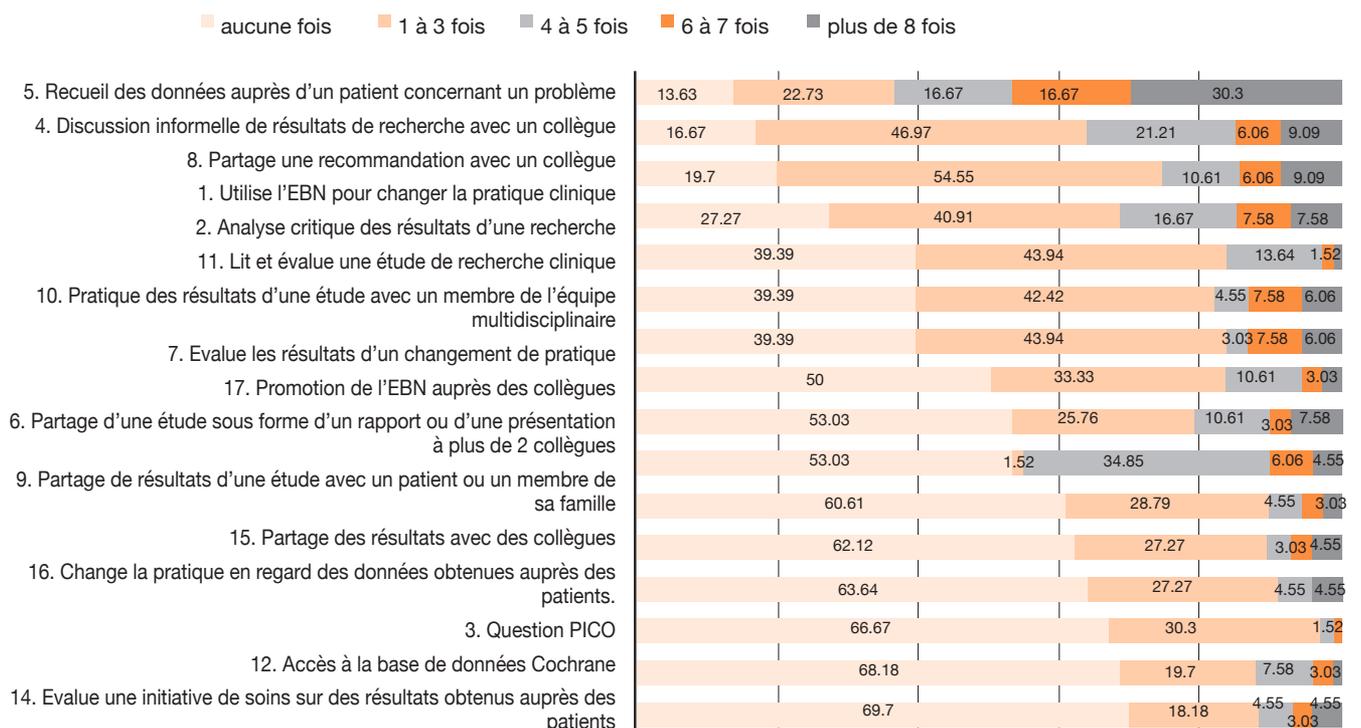


Figure 4 :
Implémentation de l'EBP auprès des infirmières connaissant le concept,
(n = 66)

La pratique fondée sur des preuves chez les infirmières de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande : étude descriptive et corrélative

Variables associées à la connaissance préalable de l'EBP

Les résultats des analyses uni- et multivariées sont présentés au tableau 3. Les analyses multivariées indiquent que la formation, le lieu de pratique, le poste occupé et les années d'expérience sont des variables associées à la connaissance de l'EBP. Les ISC ont environ huit fois plus de chance de connaître l'EBP (RC = 8,28 ; 95% IC = 1,28 – 53,47). Les infirmières au bénéfice d'une formation supérieure ont près de dix fois plus de chance de connaître l'EBP (RC = 9,49 ; 95% IC 2,17 – 41,52) et celles qui occupent un poste avancé ont deux fois plus de chance que les infirmières occupant un poste de première ligne (RC = 1,9 ; 95% IC = 0,35 – 10,33). Concernant les années d'expérience professionnelle, les infirmières ayant moins d'années d'expérience (0 à 5 ans, groupe de référence) ont une probabilité plus grande de connaître l'EBP que celles ayant de 6 à 10 ans d'expérience professionnelle (RC = 0,91 ; 95% IC = 0,85 – 0,97). Les résultats des analyses multivariées ne permettent pas de conclure que le genre, l'âge, le taux d'activité et les années d'ancienneté dans le service soient associés à la connaissance de l'EBP.

Variables prédictives des croyances et attitudes

Les régressions linéaires ont permis de mettre en évidence plusieurs résultats statistiquement significatifs entre EBP-B et le lieu de pratique, la formation et le poste occupé. En effet, les résultats suivants sont observés :

- Les ISC ($M = 3,5$ sur 5 points, $ET = 0,937$) ont un score à l'EBP-B plus élevé que les infirmières de médecine ($M = 3,24$, $ET = 0,7$, $p = 0,024$).

Indépendamment du lieu de pratique :

- Les infirmières ayant bénéficié d'une formation supérieure ont un score moins élevé à l'EBP-B ($M = 2,97$, $ET = 1,1$) que les infirmières ayant une formation de base ($M = 3,36$ points sur 5, $ET = 0,74$, $p = 0,007$).
- Les infirmières qui occupent un poste avancé présentent un score plus faible à l'EBP-B ($M = 2,83$, $ET = 1,17$) que les infirmières occupant un poste de première ligne ($M = 3,33$ points sur 5, $ET = 0,67$, $p = 0,001$).
- L'âge, le genre, les années d'expérience professionnelle, les années d'ancienneté et le taux d'activité n'ont pas démontré être des variables associées à l'EBP-B.

Variables prédictives de l'implémentation d'EBP

Les régressions linéaires ont permis de mettre en évidence des résultats statistiquement significatifs entre l'EBP-I, le lieu de pratique et le genre. Ainsi, les résultats suivants sont observés :

- Les ISC ($M = 1,09$ points sur 4, $ET = 0,79$) ont un score plus élevé à l'EBP-I que leurs collègues de médecine ($M = 0,62$, $ET = 0,6$, $p < 0,001$) et de gériatrie ($M = 0,784$, $ET = 0,89$, $p = 0,007$).

- Les hommes ($M = 0,78$ points sur 4, $ET = 0,85$) ont un score plus élevé à l'EBP-I que les femmes ($M = 0,57$, $ET = 0,64$, $p = 0,037$).
- L'âge, la formation, le poste occupé, les années d'expérience professionnelle, les années d'ancienneté et le taux d'activité n'ont pas démontré être des variables associées à l'EBP-I.

Association entre croyances des infirmières et implémentation d'EBP

Après une analyse par régression linéaire, nos données suggèrent l'existence d'une association positive entre les croyances des infirmières (EBP-B) et l'implémentation de l'EBP dans la pratique (EBP-I), indépendamment du lieu de pratique : des croyances favorables seraient prédictives d'une meilleure implémentation de l'EBP dans la pratique ($R^2 = 0,32$, $IC = 0,05 - 0,45$, $p = 0,015$).

DISCUSSION

Sur l'échantillon de 221 d'infirmières participant à cette étude, près de 70 % d'entre elles ($n = 154$) ont affirmé ne pas connaître l'EBP. Ces résultats corroborent plusieurs études indiquant qu'actuellement, les infirmières sont peu familiarisées avec le concept d'EBP (33). La compréhension du contenu des énoncés des questionnaires pourrait être questionnée. Comme décrit, la phase de traduction et d'adaptation des instruments EBP-B et EBP-I avait d'ailleurs mis en évidence des difficultés de compréhension. Le manque de connaissance de la terminologie relative à l'EBP ou les interprétations erronées avaient été mises en évidence dans d'autres études (16, 30, 32, 36, 37). Le manque de connaissances sur le concept EBP lui-même pourrait donc correspondre à la première barrière à la pratique fondée sur les preuves dans les soins infirmiers.

Dans cette étude, la formation supérieure était la variable prédictive la plus fortement associée avec la connaissance de l'EBP. Le tableau 1 montre que la majorité des infirmières qui connaissaient l'EBP avaient au moins une formation post-diplôme. Pourtant, dans les circonstances qui les avaient amenées à avoir connaissance de l'EBP, les infirmières avaient indiqué que c'était d'abord par intérêt personnel (journal, congrès) et ensuite par la formation. Ce résultat démontre la variabilité des stratégies qui permettent aux infirmières d'actualiser leurs connaissances. La culture du milieu de travail pourrait favoriser l'esprit de curiosité. Cette dimension devrait être davantage explorée en Suisse francophone.

Les 67 infirmières de cette étude qui connaissaient l'EBP avaient environ 17 ans d'expérience professionnelle. Avant 2006 et la mise en place du Bachelor en Suisse francophone, la formation initiale n'intégrait pas systématiquement les savoirs scientifiques. Du fait de l'académisation de la

Variables	Connaissant l'EBP n = 67	Analyse univariée	Analyse multivariée		
			n (%)	RC	IC 95 %
Lieu de pratique professionnelle (en %)					
Médecine (réf)	23 (34,3)	1,00	-	1,00	-
Gériatrie	15 (22,4)	0,17	0,08 - 0,36	0,27	0,10 - 0,73
ISC	29 (43,3)	13,03	3,53 - 48,06	8,28	1,28 - 53,47
Genre (en %)*					
Femmes (réf)	51 (78,5)	1,00	-	N/A	-
Hommes	14 (21,5)	1,56	0,75 - 3,27	-	-
Classe d'âge (ans) *					
20-30 ans (réf)	12 (18,5)	1,00	-	N/A	-
31-40 ans	20 (30,8)	0,94	0,40 - 2,23	-	-
41-50 ans	19 (29,2)	0,91	0,38 - 2,18	-	-
>50 ans	14 (21,5)	0,82	0,33 - 2,06	-	-
Niveau de formation (en %) **					
Formation de base (réf)	22 (33,3)	1,00	-	1,00	-
Formation supérieure	44 (66,7)	10,83	5,53 - 21,21	9,49	2,17 - 41,52
Poste occupé (en %) **					
Poste de première ligne (réf)	27 (41,5)	1,00	-	1,00	-
Poste avancé	38 (58,5)	10,48	5,23 - 21,03	1,90	0,35 - 10,33
Taux d'activité (en %) ***					
50 - 75 % (réf)	12 (18,2)	1,00	-	N/A	-
80 - 100	54 (81,8)	1,92	0,94 - 3,91	-	-
Expérience professionnelle (ans) ***					
< 5 ans (réf.)	19 (28,8)	1,00	-	1,00	-
6 - 10	7 (10,6)	0,55	0,35 - 0,86	0,91	0,85 - 0,97
11 - 15	7 (10,6)	0,49	0,28 - 1,35	-	-
16 - 20	8 (12,1)	0,50	0,28 - 0,91	-	-
21 - 25	10 (15,2)	0,56	0,30 - 1,06	-	-
26 - 30	11 (16,7)	0,66	0,33 - 1,34	-	-
31 - 35	4 (6)	0,80	0,35 - 1,84	-	-
Pratique dans le service (ans) ***					
0 - 1 ans (réf.)	14 (21,2)	1,00	-	N/A	-
2 - 5	18 (27,3)	0,718	0,71 - 0,72	-	-
6 - 10	13 (19,7)	0,690	0,68 - 0,69	-	-
11 - 15	10 (15,2)	0,688	0,68 - 0,69	-	-
16 - 20	7 (10,6)	0,687	0,68 - 0,69	-	-
21 - 25	3 (4,6)	0,686	0,68 - 0,69	-	-
Réf. = groupe de référence ; * n= 65, deux données manquantes ; ** n= 66, une donnée manquante ; *** n= 66, une donnée manquante					

Tableau 3 :
Variables associées à la connaissance préalable de l'EBP

La pratique fondée sur des preuves chez les infirmières de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande : étude descriptive et corrélative

profession infirmière et des changements récents dans les programmes d'enseignement, il est possible qu'une nouvelle étude conduite en Suisse francophone obtienne des résultats différents.

Dans cette étude, le lieu de pratique des ISC était associé à de meilleures connaissances, à des attitudes et des croyances favorables envers l'EBP et à une meilleure implémentation dans la pratique. Ces résultats convergent avec la littérature, qui indique que les infirmières de pratique avancée, les leaders ou les mentors pourraient agir comme facilitateurs dans l'implémentation de l'EBP auprès des infirmières (16, 24-31). Aussi, la culture de recherche suivant comment elle est présente et se manifeste dans les milieux des soins, pourrait faciliter ou au contraire freiner l'EBP. Le manque d'intérêt de la part de la hiérarchie envers l'EBP (1), le manque de soutien de la part des autres collaborateurs (13) ou le fait que les infirmières ne soient pas d'accord pour que la profession infirmière devienne une profession qui a besoin de la recherche (33) peuvent influencer défavorablement les attitudes et les croyances des infirmières. Comme évoqué, explorer et décrire la culture de recherche dans les milieux de soins en Suisse s'avère une étape importante.

La littérature met en évidence que la formation intégrant les savoirs scientifiques est associée à de meilleures connaissances, attitudes et implémentation de l'EBP (13, 32-34, 43). Pourtant, les infirmières ayant participé à cette étude et ayant suivi une formation post-diplôme ou post-grade universitaire ont démontré des croyances moins favorables envers l'EBP que les infirmières avec une formation de base. Ces infirmières avaient plus de 16 ans d'expérience professionnelle et pourraient ne pas avoir abordé les savoirs scientifiques et les notions de pratique fondée sur des preuves au cours de leur cursus car l'académisation de la profession infirmière est encore récente en Suisse francophone. Comme indiqué précédemment, les résultats liés à la formation ne sont pas généralisables. Des analyses plus précises auprès d'échantillons plus homogènes devraient être entreprises.

En dépit de cette différence, plus de 90 % des infirmières qui connaissaient l'EBP percevaient que la pratique fondée sur des preuves permettait l'amélioration des soins aux patients. Ces résultats sont comparables à la recension de la littérature qui met en évidence que les infirmières démontrent généralement des attitudes et des croyances favorables envers l'EBP (1, 13, 16, 33, 34, 37, 52).

La littérature a révélé que les connaissances et les compétences insuffisantes des infirmières envers l'EBP représentent une barrière majeure (13, 16, 19, 31, 33, 34). Dans cette étude, les infirmières ont indiqué que l'implémentation d'EBP était peu effective. Les résultats sont proches de l'étude originale menée par Melnyk et al. (34). Les infirmières travaillant comme ISC sont celles qui avaient le plus de probabilités d'implémenter l'EBP dans la pratique clinique.

Comme mentionné, l'influence de la culture à l'utilisation des résultats de recherche dans les milieux de soins gagnerait à être mieux connue en Suisse francophone.

Contrairement à la littérature internationale, au cours de cette étude aucune association n'a pu être mise en évidence entre le niveau de formation des infirmières, le poste occupé et l'implémentation de l'EBP dans la pratique (1, 25, 33, 34). Alors que les hommes avaient indiqué implémenter plus fréquemment l'EBP, aucune autre étude n'avait identifié d'associations entre le genre et l'implémentation de l'EBP.

Si le manque de temps est la barrière la plus fréquemment relevée dans la littérature (1, 13, 31-33, 37, 52) moins d'un quart des infirmières (22,73 %) ayant affirmé connaître l'EBP ont estimé que l'EBP prenait trop de temps. Cette constatation pourrait être favorable au déploiement de stratégies d'implémentation de l'EBP et à la conduite du changement.

Indépendamment du service, des croyances et des attitudes favorables de la part des infirmières envers l'EBP ont démontré être associées à une meilleure implémentation dans la pratique. Ces résultats corroborent l'étude originale de Melnyk et al. (34). Ces résultats suggèrent l'importance de favoriser un esprit d'ouverture et du soutien de la hiérarchie envers la culture de recherche, comme prémisses d'une implémentation effective des savoirs scientifiques dans les soins.

Il est possible que d'autres barrières s'opposent à l'implémentation de l'EBP, comme par exemple le manque d'autonomie pour effectuer des changements ou le manque de soutien institutionnel. Afin de planifier des stratégies d'intervention qui répondent aux besoins des infirmières en CHU en Suisse, les barrières et les facteurs facilitants liés à l'organisation devraient être mesurés. Des études de devis mixte, incluant des entretiens et de l'observation permettraient de fournir ces résultats.

La pratique fondée sur des preuves est reconnue pour ses bénéfices dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux patients, et pour sa contribution aux économies du système de santé. Cependant, les infirmières manquent de connaissances et de compétences envers l'EBP.

RECOMMANDATIONS

Pour améliorer les soins directs aux patients, les infirmières ont besoin de pouvoir accéder aux meilleures preuves disponibles. L'accès à des revues scientifiques spécifiques à leur domaine clinique, aux recommandations de bonnes pratiques, aux lignes directrices (*guidelines*) et autre littérature de synthèse permettrait de soutenir l'actualisation des connaissances et l'esprit d'ouverture. Comme argumenté par la littérature, les infirmières qui connaissent les principes

de la recherche, comme les infirmières de pratique avancée, pourraient agir comme facilitateur envers l'actualisation des savoirs et envers le développement de la compétence des infirmières exerçant dans un poste de soignant. Valoriser la contribution des soins infirmiers lors des congrès ou des moments de rencontres professionnelles et soutenir les initiatives de projets de changements basés sur des preuves scientifiques, contribuent à renforcer la culture de recherche, l'autonomie infirmière et le leadership clinique.

Le transfert des connaissances dans la pratique clinique est un enjeu majeur qui préoccupe le domaine de la formation. Les preuves scientifiques ont démontré que la connaissance à elle seule n'est pas garante du changement des pratiques et de l'amélioration de la qualité des soins. Il s'agit de penser des stratégies d'accompagnement du développement des compétences dans le milieu du travail et de mesurer leur efficacité. Pour assurer la cohérence et la continuité des soins bénéfiques aux patients, le transfert des connaissances devrait être pensé sous l'égide d'une alliance entre les domaines de la clinique, de la formation et de la recherche.

Concernant la recherche en soins, les infirmières nécessitent que les résultats de la recherche soient faciles à trouver, à comprendre et rapidement transposables dans la pratique clinique. De futures recherches devraient développer et tester des stratégies qui soutiennent l'EBP auprès des infirmières, ce qui implique de poursuivre le développement des connaissances afin de mieux identifier les obstacles et les leviers, de disposer d'autres échelles valides en français et de démontrer l'efficacité de modèles opérationnels d'implémentation de l'EBP. De telles études pourraient intégrer des devis expérimentaux et un suivi longitudinal.

D'un point de vue plus large, les données probantes disponibles qui démontrent la contribution des soins infirmiers envers une prise en soin de qualité sont encore insuffisantes. De futures recherches devraient aussi permettre de mesurer l'impact des interventions infirmières sur les résultats patients, et notamment auprès des patients plus fragiles et qui nécessitent plus de soutien dans la gestion de leur santé.

LIMITES

Dans le cadre de cette étude, plusieurs limites sont à signaler. Concernant la validité interne de cette étude, le taux de réponses « sans opinion » relevé par l'instrument EBP-B était plutôt élevé ($M = 20,02\%$). A moins que les participants n'aient effectivement été sans opinion, certains énoncés pourraient ne pas avoir été compris. De futures recherches devraient considérer ce paramètre et d'autres échelles pourraient être traduites et validées en français.

Comme mentionné par Estabrooks et al. (53), la collecte de type auto-évaluative (*self reported*) peut biaiser l'évaluation des compétences et le degré de participation envers l'EBP. Les infirmières qui prennent part à une étude sous forme de questionnaires auto-administrés sont probablement plus confiantes envers leurs connaissances et compétences relatives à l'EBP. Les questionnaires auto-administrés ne permettent pas de mettre en évidence si les soins sont conformes à l'EBP dans la pratique clinique. Koehn et al. (32) proposent l'échantillonnage aléatoire pour corriger ce biais. L'observation de la pratique des soins pourrait également contribuer à cette exploration. Finalement, une étude de plus grande envergure auprès des infirmières suisses permettrait de démontrer d'autres mesures d'associations.

Le recrutement des participants et la comparaison des milieux de soin au cours de cette étude – médecine, gériatrie, ISC – pourrait avoir engendré un biais d'échantillonnage et influencé les résultats. D'autres études intégrant des analyses qui tiennent compte du lieu de pratique et l'exploration des caractéristiques organisationnelles pourraient permettre d'affiner ces résultats.

Concernant la validité externe, le nombre total de participants à l'étude ayant connaissance de l'EBP ($n = 67$) limite la puissance de l'étude. D'autres recherches pourraient être menées en Suisse. Des études de devis mixte, incluant des entretiens et de l'observation, permettraient d'approfondir la connaissance concernant les facteurs facilitants et les barrières à l'EBP. Les échelles utilisées dans cette étude ont permis d'identifier certaines barrières individuelles liées aux soignants, d'autres études devraient explorer les barrières liées aux caractéristiques organisationnelles et liées à la recherche. La création ou la traduction d'autres instruments en français s'avère nécessaire pour poursuivre l'exploration de l'ensemble des freins et des facteurs facilitants la pratique fondée sur des preuves en Suisse.

CONCLUSION

Les preuves scientifiques démontrent que l'EBP améliore les soins aux patients mais qu'il existe un écart entre les résultats de la recherche et leur application immédiate dans la pratique clinique. L'implémentation de l'EBP dans la pratique infirmière fait face à de multiples obstacles, tant pour des raisons organisationnelles, individuelles ou liées au choix de la stratégie d'implémentation de l'EBP.

Cette étude descriptive et corrélationnelle auprès d'infirmières exerçant dans des CHU en Suisse francophone a mis en évidence que seulement un tiers des infirmières connaissaient l'EBP. Les résultats indiquent que les attitudes des infirmières envers le concept EBP sont meilleures que son implémentation dans les soins aux patients.

La pratique fondée sur des preuves chez les infirmières de centres hospitaliers universitaires en Suisse romande : étude descriptive et corrélationnelle

Pour améliorer les soins directs aux patients, les infirmières ont besoin de pouvoir accéder aux meilleures preuves disponibles et à la littérature de synthèse. Les infirmières qui connaissent les principes de la recherche, comme les ISC dans cette étude, pourraient agir comme facilitatrices auprès des équipes infirmières. Renforcer la prise de décision fondée sur des données probantes et culture de recherche devrait faire partie des priorités des institutions de soins, afin de renforcer l'autonomie infirmière et le leadership clinique.

Les preuves scientifiques ont démontré que la connaissance à elle seule n'est pas garante du changement des pratiques et de l'amélioration de la qualité des soins. L'accompagnement à l'implémentation des résultats scientifiques et au transfert des connaissances dans le milieu du travail gagnerait à être planifié sous l'égide du partenariat entre les domaines de la clinique, de la formation et de la recherche.

Concernant la recherche en soin, les infirmières nécessitent que les résultats de la recherche soient faciles à trouver, à comprendre et rapidement transposables dans la pratique clinique. De futures recherches devraient chercher à développer et à tester des stratégies qui soutiennent l'EBP auprès des infirmières et qui démontrent leur contribution envers les résultats patients.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

Références

1. Johansson B, Fogelberg-Dahm M, Wadensten B. Evidence-based practice: the importance of education and leadership. *J Nurs Manag.* 2010 Jan;18(1):70-7
2. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet.* 2003 Oct 11;362(9391):1225-30.
3. Stelfox HT, Palmisani S, Scurlock C, Orav EJ, Bates DW. The "To Err is Human" report and the patient safety literature. *Qual Saf Health Care.* 2006 Jun;15(3):174-8.
4. Loi fédérale sur l'assurance maladie, RS 832.10, Art.32, (18 mars 1994) [En ligne]. Confédération suisse ; 2016. [cité le 28 juin 2016] Disponible: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html#a32>
5. Ingersoll GL. Evidence-based nursing: What it is and what it isn't. *Nurs Outlook.* 2000 Jul-Aug;48(4):151-2.
6. Centre Cochrane Français. Introduction à l'Evidence-based nursing [En ligne]. 2011 [cité le 28 juin 2016] Disponible: <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/introduction-%C3%A0-levidence-based-nursing>.
7. DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. *Evidence-Based Nursing: A Guide to Clinical Practice*: Elsevier Mosby; 2005.
8. Melnyk B, Fineout-Overholt E, editors. *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
9. University of South Australia. Multiple chronic health conditions in older people: implications for health policy planning, practitioners and patients [En ligne]. 2013 May; [cité le 14 novembre 2016] Disponible: <https://www.unisa.edu.au/Global/Health/Sansom/Documents/QUMPRC/Multiple-Chronic-Health-Conditions.pdf>.
10. Doyon O. L'application des pratiques fondées sur les résultats probants : une démarche de changement au quotidien, un signe de maturité professionnelle. Dans: *Profession d'infirmière : quelle place et quelles pratiques à l'avenir?* Paris: Edition Lamarre; 2009. p. 151-88.
11. Tacia L, Biskupski, K., Pheley, A., Lehto, R. H. Identifying barriers to evidence-based practice adoption: A focus group study. *Clinical Nursing Studies* [En ligne]. 2015; 3(2): [cité le 28 juin 2016] Disponible: <http://www.sciedupress.com/journal/index.php/cns/article/view/6179>.
12. Williams B, Perillo S, Brown T. What are the factors of organisational culture in health care settings that act as barriers to the implementation of evidence-based practice? A scoping review. *Nurse Educ Today.* 2015 Feb;35(2):e34-41.
13. Brown CE, Wickline MA, Ecoff L, Glaser D. Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *J Adv Nurs.* 2008 Nov;65(2):371-81.
14. Foo S, Majid S, Mokhtar I, Zhang X, Luyt B, Chang YK, et al. Nurses' perception of evidence-based practice at the National University Hospital of Singapore. *J Contin Educ Nurs.* 2011 Nov;42(11):522-8.
15. Moreno-Casbas T, Fuentelsaz-Gallego C, de Miguel AG, Gonzalez-Maria E, Clarke SP. Spanish nurses' attitudes towards research and perceived barriers and facilitators of research utilisation: a comparative survey of nurses with and without experience as principal investigators. *J Clin Nurs.* 2011 Jul;20(13-14):1936-47.
16. Gagnon J, Côté F, Boily M, Dallaire C, Gagnon M-P, Michaud C, et al. Barrières et facteurs facilitant l'intégration de résultats probants aux soins infirmiers en contexte québécois: étude exploratoire-descriptive. *L'infirmière clinicienne.* 2009;6(1).
17. Kajermo KN, Bostrom AM, Thompson DS, Hutchinson AM, Estabrooks CA, Wallin L. The BARRIERS scale -- the barriers to research utilization scale: A systematic review. *Implement Sci.* 2010 Apr;5(32):1-22.
18. Ammenwerth E, Mansmann U, Iller C, Eichstadter R. Factors affecting and affected by user acceptance of computer-based nursing documentation: results of a two-year study. *J Am Med Inform Assoc.* 2003 Jan-Feb;10(1):69-84.
19. Dee C, Stanley EE. Information-seeking behavior of nursing students and clinical nurses: implications for health sciences librarians. *J Med Libr Assoc.* 2005 Apr;93(2):213-22.
20. Geurden BJ, Stern C, Piron C, Gobert M. How relevant is the Cochrane Database of Systematic Reviews to nursing care? *Int J Nurs Pract.* 2012 Dec;18(6):519-26.
21. Wozar JA, Worona PC. The use of online information resources by nurses. *J Med Libr Assoc.* 2003 Apr;91(2):216-21.

22. Xu X, Rocha, R. A., Bigelow, S. M., Wallace, C. J., Hanna, T., Roemer, L. K, et al. Understanding nurses' information needs and searching behavior in acute care settings. *AMIA Annu Symp Proc.* 2005;839-43.
23. Krifa F, Gagnon J, Nouria A. Description des facteurs facilitants et contraignants l'utilisation des resultats de la recherche: le point de vue d'infirmiers tunisiens. *Rech Soins Infirm.* 2014 Mar;116):40-56.
24. Gerrish K, McDonnell A, Nolan M, Guillaume L, Kirshbaum M, Tod A, et al. The role of advanced practice nurses in knowledge brokering as a means of promoting evidence-based practice among clinical nurses. *J Adv Nurs.* 2011 Apr;67(9):2004-14.
25. Gerrish K, Guillaume L, Kirshbaum M, McDonnell A, Tod A, Nolan M, et al. Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: findings from a cross-sectional survey. *J Adv Nurs.* 2011 Jan;67(5):1079-90.
26. Hutchinson AM, Johnston L. Beyond the BARRIERS Scale: commonly reported barriers to research use. *J Nurs Adm.* 2006 Apr;36(4):189-99.
27. Lev EL, Kolassa J, Bakken LL. Faculty mentors' and students' perceptions of students' research self-efficacy. *Nurse Educ Today.* 2010 Feb;30(2):169-74.
28. Shirey MR. Evidence-based practice: how nurse leaders can facilitate innovation. *Nurs Adm Q.* 2006 Jul-Sep;30(3):252-65.
29. Wallen GR, Mitchell SA, Melnyk B, Fineout-Overholt E, Miller-Davis C, Yates J, et al. Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme. *J Adv Nurs.* 2010 Dec;66(12):2761-71.
30. Winters CA, Lee HJ, Besel J, Strand A, Echeverri R, Jorgensen KP, et al. Access to and use of research by rural nurses. *Rural Remote Health.* 2007 Jul-Sep;7(3):758.
31. Pravikoff DS, Pierce ST, Tanner A. Evidence-based practice readiness study supported by academy nursing informatics expert panel. *Nurs Outlook.* 2005 Jan-Feb;53(1):49-50.
32. Koehn ML, Lehman K. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *J Adv Nurs.* 2008 Apr;62(2):209-15.
33. Breimaier HE, Halfens RJG, Lohrmann C. Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria. *J Clin Nurs.* 2011 Mar;20(11/12):1744-56.
34. Melnyk B, Fineout-Overholt E, Mays MZ. The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2008 Aug;5(4):208-16.
35. Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice. *Am J Nurs.* 2005 Sep;105(9):40-51.
36. Cullen L, Adams S. What is evidence-based practice? *J Perianesth Nurs.* 2010 Jun;25(3):171-3.
37. Knops AM, Vermeulen H, Legemate DA, Ubbink DT. Attitudes, awareness, and barriers regarding evidence-based surgery among surgeons and surgical nurses. *World J Surg.* 2009 Jul;33(7):1348-55.
38. Melnyk B, Fineout-Overholt E, Gallagher-Ford L, Kaplan L. The State of Evidence-Based Practice in US Nurses: Critical Implications for Nurse Leaders and Educators. *J Nurs Adm.* 2012 Sep;42(9):410-7.
39. Olade RA. Evidence-Based Practice and Research Utilization Activities Among Rural Nurses. *J Nurs Scholarsh.* 2004 Sep;36(3):220-5.
40. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Mays MZ. The evidence-based practice beliefs and implementation scales: psychometric properties of two new instruments. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2008 Aug;5(4):208-16.
41. van Achterberg T, Schoonhoven L, Grof R. Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *J Nurs Scholarsh.* 2008 Nov;40(4):302-10.
42. Mitchell SA, Fisher CA, Hastings CE, Silverman LB, Wallen GR. A thematic analysis of theoretical models for translational science in nursing: mapping the field. *Nurs Outlook.* 2010 Nov-Dec;58(6):287-300.
43. Levin RF, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Barnes M, Vetter MJ. Fostering evidence-based practice to improve nurse and cost outcomes in a community health setting: a pilot test of the advancing research and clinical practice through close collaboration model. *Nurs Adm Q.* 2011 Jan-Mar;35(1):21-33.
44. Goulet C, Lampron A, Morin D, Héon M. La pratique basée sur les résultats probants. *Rech Soins Infirm.* 2004 Mar;(76):12-8.
45. Carlson, CL, Plonczyński, DJ. (2008). Has the BARRIERS Scale changed nursing practice? An integrative review. *J Adv Nurs.* 2008 Jul;63(4):322-333.
46. Borrero P. Croyances et utilisation de la pratique fondée sur des données probantes chez des infirmières travaillant dans un service de gériatrie d'un hôpital en Suisse: étude descriptive corrélationnelle [Mémoire de Master ès sciences en sciences infirmières]. Lausanne: UNIL et HES-SO; 2013.
47. Vincent-Suter S. Croyances et utilisation de la pratique fondée sur des données probantes chez des infirmières cadres dans la clinique et la recherche d'un hôpital en Suisse : étude descriptive corrélationnelle [Mémoire de Master ès sciences en sciences infirmières]. Lausanne: UNIL et HES-SO; 2013.
48. Gentizon J. Croyances, attitudes et implémentation de la pratique basée sur des preuves chez des infirmières d'un centre hospitalier en suisse : étude descriptive corrélationnelle transversale [Mémoire de Master ès sciences en sciences infirmières]. Lausanne: UNIL et HES-SO; 2014.
49. McCormack B, Kitson A, Rycroft-Malone J, Titchen A, Seers K. Getting evidence into practice: the meaning of context. *J Adv Nurs.* 2002 Mar;38(1):94-104.
50. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health.* 2005 Mar;8(2):94-104.
51. Le May S, Loiselle C, Linas C, Lampron A, Bouchard, Goulet C. Criteres de selection et d'adaptation d'un questionnaire pour la recherche clinique. *Douleur analg.* 2008 Jul;21(2):114-20.
52. Chiu Y, Weng Y, Lo H, Hsu C, Shih Y, Kuo KN. Comparison of evidence-based practice between physicians and nurses: a national survey of regional hospitals in Taiwan. *J Contin Educ Health Prof.* 2010 Spring;30(2):132-8.
53. Estabrooks CA, Floyd JA, Scott-Findlay S, O'Leary KA, Gushta M. Individual determinants of research utilization: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2003 Sep;43(5):506-20.